

Hiv. szám: .....

## LETILTÁS VISSZAIGAZOLÁSA

Munkáltató neve: .....

Munkáltató címe: .....

nevében

Igazolás kitöltőjének neve: .....

igazolom, hogy

Adós neve: .....

Adós lakcíme: .....

sz. alatti lakos nevére .....Ft-ról megküldött letiltást

1. Foganosítottuk, .....havi járandóságából.....Ft  
összeget lefoglunk, melyet ..... napján utalunk az Önök számlájára.

2. Nem tudjuk foganosítani, mert .....

.....

.....\*

....., ..... év ..... hó ..... nap

.....

cégszerű aláírás

\* Jogviszony megszűnése esetén csatolandó az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Nemzetközi Kapcsolatok és Jogviszony Nyilvántartási Főosztályhoz (korábbi nevén: Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz) benyújtott változás-bejelentő lapot a biztosítási jogviszony megszűnéséről, valamint annak megérkezéséről szóló elfogadó nyugta.