

Umsóknareyðublað fyrir Sjúkrasjóð Verzlunarmannafélags Skagafjarðar



Nafn

Kennitala

sími

heimilisfang

Vinnustaður:

Sótt er um:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sjúkradagpeninga | <input type="checkbox"/> dagpeninga vegna maka / barna |
| <input type="checkbox"/> líkamsræktarstyrk | <input type="checkbox"/> dánarbætur |
| <input type="checkbox"/> v. krabbameinsleitar | <input type="checkbox"/> v. sjúkrabjálfunar |
| <input type="checkbox"/> styrk vegna gleraugnakaupa | <input type="checkbox"/> styrk vegna laseraðgerðar |
| <input type="checkbox"/> styrk vegna heyrnartækjakaupa | <input type="checkbox"/> frjósemisstyrk |
| <input type="checkbox"/> annað, hvað: _____ | |

bankareikningsupplýsingar:

Bankanúmer: _____

FYLGIGÖGN EF SÓTT ER UM DAGPENINGA:

_____ læknisvottorð	á að nýta persónuafslátt? Já ___ Nei ___
_____ vottorð vinnuveitanda	_____ síðustu 3-4 launaseðlar
athugasemdir: _____	

_____ dagsetning og undirskrift

*** **

Samþykkt afgreiðsla sjúkrasjóðs:

Samtals greitt kr. _____