



## ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

### УПАТСТВО ЗА ПОПОЛНУВАЊЕ НА ОБРАЗЕЦОТ ЛЗ

Барањето - Образецот ЛЗ се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснува приемен штембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите во прилог го задржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржува подносителот на барањето.

На празните линии од првата реченица се пополнуваат: **името и презимето на осигуреникот (носителот на здравственото осигурување), име и презиме на осигуреното лице - членот на семејство (се пополнува доколку барањето се однесува за член на семејство), населеното место на живеење, адресата и телефонскиот број** за контакт.

Во полето „**Број на здравствена легитимација**“ се впишува бројот од здравствената легитимација на осигуреното лице кој содржи 12 цифри во форматот XXX-YYYYYYY-ZZ.

Во полето „**ЕМБГ на осигуреникот (носител)**“ се впишува Единствениот матичен број на осигуреникот (носителот) кој содржи 13 цифри. Ова поле може да не се пополни доколку е пополнето полето „**Единствен здравствен број на осигуреникот**“. Ова поле се пополнува само доколку осигуреникот поседува Електронска Здравствена Картичка или веќе е информиран за Единствениот здравствен број кој ќе биде прикажан на Електронската Здравствена Картичка која ФЗОМ ќе ја издаде на осигуреникот. Овој број содржи 9 цифри.

Во полето „**ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство)**“ се впишува Единствениот матичен број на осигуреното лице (членот на семејство) кој содржи 13 цифри. Ова поле може да не се пополни доколку е пополнето полето „**Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)**“. Ова поле се пополнува само доколку осигуреникот поседува Електронска Здравствена Картичка или веќе е информиран за Единствениот здравствен број кој ќе биде прикажан на Електронската Здравствена Картичка која ФЗОМ ќе ја издаде на осигуреникот. Овој број содржи 9 цифри. *Податоците за член на семејство се пополнуваат доколку барањето се однесува за член на семејство.*

Во полето „**Вработен во/осигурен преку**“ се впишува називот на работодавачот (правно и физичко лице, како и друг субјект – орган на државна власт, орган на единица на локалната самоуправа, подружница на странско друштво, дипломатско и конзуларно претставништво, кое вработува работници врз основа на договор за вработување) на осигуреникот, односно обврзникот за пресметка и уплата на придонесите во име и за сметка на осигуреникот.

Во полето „**Број на трансакциска сметка**“ се впишуваат 15 цифри од трансакциската сметка на осигуреникот, на која осигуреникот го упатува ФЗОМ да го исплати надоместокот.

На празните линии од втората реченица на Барањето - образецот ЛЗ се впишуваат **седиштето (градот) на Подрачната служба на ФЗОМ** каде осигуреното лице го поднесува истото, како и **називот на странската здравствена установа, седиштето (градот) на странската здравствена установа и државата** каде осигуреното лице за време на престојот ги користел здравствените услуги во странство.

**Кон едниот примерок од Барањето - образец ЛЗ во прилог се доставува документацијата наведена во образецот.**

На крајот, на празните линии, се впишува **местото и датумот на поднесување** на барањето, и **потписот** на подносителот на барањето.