|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Iktatószám: …./2019** |  | **Ügyintéző:** |
|  |  |  |

**HATÓSÁGI BIZONYÍTVÁNY**

**Igazolom, hogy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vezetékneve: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Utónevei: | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Leánykori (születési) neve: | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Anyja leánykori neve: | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Születési helye: | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Születési ideje: | | |  |  | |  |  | év |  |  | hónap |  | |  | nap |
| Lakóhelye: | | irányítószám |  |  |  | |  | település |  | | | | | | |
| utca |  | | | | | | | házszám |  | | emelet, ajtó | |  | | |
| Levelezési címe: | | irányítószám |  |  |  | |  | település |  | | | | | | |
| utca |  | | | | | | | házszám |  | | emelet, ajtó | |  | | |

**Az egészségbiztosítás nyilvántartásában a babaváró támogatásról szóló 44/2019. (III.12.) Korm. rendelet 4. § (1) bekezdés c) pontjában foglalt feltételeknek – a 4. § (2) bekezdés szerinti követelmények figyelembevételével – megfelel.**

**A Hatósági Bizonyítvány az alábbi célra került kiadásra:**

|  |
| --- |
| **A babaváró támogatásról szóló 44/2019. (III. 12.) Korm. rendelet 4. § (1) bekezdés szerinti biztosítási jogviszony igazolására.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum:** | **…………….,** |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |

**A Hatósági Bizonyítvány a kiállítás napjától számított 30 napig érvényes.**

PH.

XY

ügyintéző