Anexa nr. 10 la norme

 Unitatea

 ................................................................

 Str. ................ nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ...,

 ap. ..........., sectorul/judeţul .......................

 Codul fiscal ...............................................

 Contul ........................................................

 Trezoreria/Banca ........................................

 Nr. ...................../........................................

Către Casa de Asigurări de Sănătate..........................

 Unitatea ........................................., cod fiscal ................., cu sediul în localitatea ............................, str. ............................ nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., sectorul/judeţul ....................., cont ..................................., deschis la Trezoreria/Banca ......................, vă rugăm a ne vira suma plătită asiguraţilor salariaţi care se recuperează din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate potrivit <LLNK 12005 158182 3:2 38 58>art. 38 din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări şi completări prin <LLNK 12006 399 10 201 0 18>Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare, în cuantum de ................... lei, din care:

 - J1 .............................. lei, reprezentând indemnizaţii pentru incapacitate temporară de muncă, cauzată de boli obişnuite sau de accidente în afara muncii;

 – J2 .............................. lei, reprezentând indemnizaţii pentru prevenirea îmbolnăvirilor şi recuperarea capacităţii de muncă, exclusiv pentru situaţiile rezultate ca urmare a unor accidente de muncă sau boli profesionale;

 – J3 .............................. lei, reprezentând indemnizaţii pentru maternitate;

 – J4 .............................. lei, reprezentând indemnizaţii pentru îngrijirea copilului bolnav;

 – J5 .............................. lei, reprezentând indemnizaţii de risc maternal.

 La prezenta cerere depunem un număr de ........... certificate de concediu medical aferente lunii/perioadei pentru care se solicită restituirea sumelor.

 Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus şi pentru corectitudinea determinării drepturilor de indemnizaţii sociale de sănătate.

 Anexă: Centralizator privind certificatele de concediu medical aferent lunii/lunilor ...................

 Director,

 (Administrator)

 ..................

 Director economic,

 .....................