

Priloga 5: Zahtevek za neposredno izplačilo nadomestila delavcu – dejanski obračun
 NAZIV in NASLOV DELODAJALCA

Matična številka poslovnega subjekta _____
 Davčna številka _____

**ZAHTEVA ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE ZA NEPOSREDNO
 IZPLAČILO NADOMESTIL PLAČ DELAVCEM(10. odstavek 137. člena ZDR-1) – DEJANSKI OBRACUN**

za mesec _____ leta _____
 skupno število delovnih dni v mesecu _____
 skupno število ur v mesecu _____

Zap. št.	ZZS številka ali davčna številka ali EMŠO	Priimek in ime zavarovane osebe	Olajšava za vzdrževane družinske člane (DA/NE)	% prispevka delodajalca za zaposlovanje	% oprostitve za PIZ za starejše delavce	Številka TRR delavca	Banka, kjer je odprt TRR	Rezident (DA / NE)
1								
2								
3								
4								
5								

Z žigom in podpisom odgovorne osebe delodajalca potrjujemo, da delavcem, ki so navedeni na tej zahtevi za neposredno izplačilo nadomestila plače, nismo izplačali navedenega nadomestila plače.

Telefonska številka kontaktne osebe: _____
 e-naslov za posredovanje obvestil: _____

Datum: _____

Žig:

Podpis odgovorne osebe:

Številko priloge _____