# National Health Insurance Fund of Hungary

**IGÉNYLŐLAP/Request Sheet**

## for the social security number and card

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Cause of request** |  | **first request** |  | **lost, stolen, damaged** |  | **data change** |  | **expired** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Family name** |  |  |  |
| **Given name** |  |  |  |
| **Birth name** |  |  |  |
| **Mother’s maiden name** |  |  |  |
| **Place of birth** |  |  |
| **Date of birth** |  |  |  |  | **Year** |  |  | **month** |  |  | **day** |  |
| **Nationality** |  |  |
| **Gender** |  | **male** |  | **female** |  |
| **Permanent address** | **Post code** |  |  |  |  | **settlement** |  |  |
| **street** |  | **number** |  | **Floor/door** |  |  |
| **Temporary address** | **Post code** |  |  |  |  | **settlement** |  |  |
| **street** |  | **number** |  | **Floor/door** |  |  |
| **Substitute authorised person/requisition** |  |  |
| **Address** | **Post code** |  |  |  |  | **settlement** |  |  |
| **street** |  | **Number** |  | **Floor/door** |  |  |
| **Alulírott nyilatkozom arról, hogy külföldön EGT, Egyezményes államban, saját biztosítási rendszerrel rendelkező****szervezetnél fennálló biztosítási jogviszonnyal nem rendelkezem./I, the undersigned hereby declare that I have no social security in any other EEA country.**  |  |
| **Data** |  |  |  |  |  | **year** |  |  | **month** |  |  | **day** |  |
| **Signature** |  |  |
| **The Office fill in the followings** |  |
| **Az igénylőlap kiállítása a bemutatott** |  |
|  | **számú személyi igazolvány** |  |
|  | **számú születési/házassági anyakönyvi kivonat** |  |
|  | **számú útlevél** |  |
|  | **számú tartózkodási engedély** |  |
|  | **számú egyéb okirat alapján történt.** |  |
| **A TAJ kiadását megalapozó jogviszony megnevezése:** |  |  |
| **Az adatok valódiságát ellenőriztem:** |  |
| **Az igénylő Társadalombiztosítási Azonosító Jele** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Igazgatási szolgáltatási díj befizetésére vonatkozó feljegyzés** |  |
| **Iktatószám, dátum:** |  |  |  |  |  | **év** |  |  | **hó** |  |  | **nap** |  |
| **Ügyintéző aláirása** |  |

 **PH.**

A.3517-I. r. sz. Térítésmentes nyomtatvány NYT.53