PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RZA | strona: 1

RAPORT IMIENNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) 1)

02. Numer kartki raportu RZA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. **NIP** (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER
04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać **1**,
jeśli paszport – **2**

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ** 1) 04. **Identyfikator**

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 1)

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ** 1) 04. **Identyfikator**

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 1)

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ** 1) 04. **Identyfikator**

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 1)

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ** 1) 04. **Identyfikator**

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 1)

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ** 1) 04. **Identyfikator**

VII. A. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 1)

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

03. Suma kwot na stronie
(p. III.B.03 + p. IV.B.03 + p. V.B.03 + p. VI.B.03 + p. VII.B.03) zł , gr

wzór wzór wzór

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 2	**RAPORT IMIENNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1] 04. **Identyfikator**

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1] 04. **Identyfikator**

IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1] 04. Identyfikator

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

XI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNEOSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1] 04. **Identyfikator**

XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

XII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1] 04. **Identyfikator**

XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Podstawa wymiaru składki zł , gr

03. Kwota składki zł , gr

04. Suma kwot na stronie
(p. VIII.B.03 + p. IX.B.03 + p. X.B.03 + p. XI.B.03 + p. XII.B.03) zł , gr

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczątka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczątka płatnika

XIV. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

wzór wzór wzór