

Zaświadczam, że wyżej wymieniona ubezpieczona: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

została przyjęta do szpitala w dniu:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 [2]

Data (dd / mm / rrrr)

została wypisana ze szpitala w dniu:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 [3]

Data (dd / mm / rrrr)

przebywała w szpitalu w okresie od:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 do:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 [4]

Data od (dd / mm / rrrr)

Data do (dd / mm / rrrr)

.....
(Miejscowość).....
(Data: dd / mm / rrrr).....
(Pieczęć i podpis lekarza) [1]

[1] Na dokumencie w formie papierowej wymagane są pieczęć szpitala oraz podpis i pieczęć lekarza.

[2] Informacja niezbędna w celu wstrzymania matce dziecka wypłaty zasiłku macierzyńskiego w związku z jej pobytem w szpitalu, po wykorzystaniu przez nią zasiłku macierzyńskiego w wymiarze co najmniej 8 tygodni po porodzie oraz w celu wypłaty zasiłku macierzyńskiego ojcu dziecka.

[3] Informacja niezbędna w celu wstrzymania wypłaty zasiłku macierzyńskiego ojcu dziecka w związku z wypisaniem matki dziecka ze szpitala.

[4] Informacja niezbędna w celu ustalenia prawa do zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad dzieckiem, w związku z pobytem w szpitalu matki dziecka pobierającej zasiłek macierzyński w okresie 8 tygodni po porodzie.