



Umsókn um sjúkradagpeninga vegna veikinda barns

Nafn félagsmanns

Kennitala

Heimilisfang

Sími

GSM sími

Netfang

Nafn barns

Kennitala

Banki nr.

Hb.

Reikningsnúmer

Sótt er um sjúkradagpeninga fyrir tímabilið _____ til _____

Umsókn skal fylgja læknisvottorð, launaseðlar síðustu 3ja mánaða fyrir veikindi og staðfesting vinnuveitenda.

Staður og dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Afgreiðsla sjóðsstjórnar:

Staðfesting fh. sjóðsstjórnar

Staður og dagsetning

