

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Casa de Asigurări de Sănătate

Str. nr.

Sectorul/județul

Către unitatea,

localitatea, str. nr.,

bl., sc., et., ap., sectorul/județul

Prin prezenta vă facem cunoscut că din suma solicitată la plată de..... lei nu s-a aprobat virarea sumei de..... lei, reprezentând indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate plătite salariaților proprii, care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate potrivit [art. 38](#) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea [nr. 399/2006](#), cu modificările și completările ulterioare, datorată pentru luna/perioada....., din următoarele motive:.....

Șeful compartimentului de specialitate,
.....

Întocmit
.....