

ANGAJATOR.....  
NR.DE INREGISTRARE.....

ANEXA  
(Anexa nr.19 la norme)

### ADEVERINTA

Prin prezenta se certifica ca domnul/doamna ....., CNP.....  
act de identitate ,seria nr. ,eliberat de la data de , cu domiciliul  
in ,str. ,nr. Bl. , ap. ....,sectorul/judetul .....,  
are calitate de persoana asigurata pentru concedii si indemnizatii de asigurari sociale de  
sanatate in sistemul de asigurari sociale de sanatate,potrivit Ordonantei de urgenta a  
Guvernului nr. 158/2005 privind concediile si indemnizatiile de asigurari sociale de  
sanatate,aprobata cu modificari si completari prin Legea nr.399/2006,cu modificarile si  
completarile ulterioare.

Prezenta adeverinta are o perioada de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

Sub sanctiunile aplicate faptei de fals in acte publice,declar ca datele din  
adeverinta sunt corecte si complete.

Numarul de zile de concediu medical de care persoana asigurata a beneficiat in  
ultimele 12 luni este de ..... zile, pana la data de ..... ,afereente fiecarei afectiuni  
in parte,dupa cum urmeaza:

Cod de indemnizatie	Numar zile concediu medical in ultimele 12 luni

Reprezentant legal angajator,

UNITATEA

.....  
Str. .... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ...,  
ap. ...., sectorul/judetul .....  
Codul fiscal .....  
Contul .....  
Trezoreria/Banca .....  
Nr. .... / .....

Catre Casa de Asigurari de Sanatate .....

Unitatea ....., cod fiscal ....., cu sediul in localitatea ....., str.  
..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., sectorul/judetul ....., cont .....,  
deschis la Trezoreria/Banca....., va rugam a ne vira suma de .....  
(.....) lei, reprezentand diferenta dintre suma indemnizatiilor cuvenite (tip  
indemnizatii):

-J1 ..... lei;  
-J2 ..... lei;  
-J3 ..... lei;  
-J4 ..... lei;  
-J5 ..... lei;

si contributia de concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate datorata de  
angajator pe luna/perioada ....., dupa cum urmeaza:

-totalul cuantumului prestatilor de suportat din bugetul Fondului national unic de  
asigurari sociale de sanatate pentru concedii si indemnizatii platite pe luna/perioada  
....., suma: ..... lei;

-totalul contributiilor pentru concedii si indemnizatii datorat de angajator pe  
luna/perioada ....., suma: ..... lei;

-totalul sumei de recuperat de la Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate  
pentru concedii si indemnizatii pe luna/perioada ....., suma: ..... lei.

La prezenta cerere depunem un numar de ..... certificate de concediu medical  
aferele lunii/perioadei pentru care se solicita restituierea sumelor.

Ne asumam raspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus si pentru  
corectitudinea determinarii drepturilor de indemnizatii sociale de sanatate.

Anexa: Centralizator privind certificatele de concediu medical aferent lunii/lunilor  
.....

Director,  
(Administrator)

Director economic

**ACTE NECESARE RESTITUIRII SUMELOR AFERENTE CONCEDIILOR  
MEDICALE SOLICITATE DE ANGAJATORI**

- Cerere tip conform **Ordin nr. 130/351/2011 – Anexa nr.4 (Anexa nr.12 la norme).**
- Copie dupa declaratia privind obligatiile de plata a contributiilor sociale,impozitului pe venit si evidenta nominala a persoanelor asigurate.
- Exemplarul 2 al certificatelor de concediu medical, inclusiv certificatele medicale pentru care indemnizatiile aferente se suporta integral de catre angajator,conform Art.12 din OUG 158/2005, precum si in situatia in care asiguratul nu indeplineste conditiile prevazute de lege pentru a beneficia de indemnizatii, insotit de un **centralizator** al carui model este prevazut in **Anexa nr.5 din Ordinul nr.130/351/2011 (Anexa nr.18 la norme).**
- Adeverinta de la angajator, din care sa rezulte nr.de zile de concediu medical de care a beneficiat asiguratul in ultimele 12 luni. In cazul in care durata concediului medical depaseste 90 de zile, este necesar avizul medicului expert al asigurarilor sociale.
- In cazul unui certificat medical ”in continuare”, se anexeaza la dosar si certificatul medical ”initial”.
- Baza de calcul a indemnizatiei de asigurari sociale de sanatate pentru fiecare concediu medical, cu specificarea veniturilor lunare si a nr.de zile din ultimele 6 luni din cele 12 luni din care se constituie stagiul de cotizare.
- OBS. - Baza de calcul pt.un certificat medical ”initial”,se foloseste si la calculul certificatelor medicale „in continuare”, in cazul in care nu se modifica codul de diagnostic.
- Certificat de Atestare Fiscala eliberat de Ministerul Finantelor Publice,conform caruia firma nu figureaza cu debite restante la Bugetul FNUASS pentru concedii si indemnizatii, pentru perioada anterioara pentru care se solicita restituirea.
- Dovada platii concediului medical catre asigurat : stat de plata sau in cazul viramenelor pe card: ordin de plata pentru salarii si borderou virament pe card.
- OBS. - documentele care sunt depuse in copie xerox, vor purta semnatura conducatorului unitatii si stampila cu mentiunea “Conform cu originalul”.
- OBS. - Termenul de preluare a dosarelor este : 5 - 15 ale fiecarei luni.
- Conform Art.I,Alin.26,din **Ordinul 430/470/2010** „Indemnizatiile pot fi solicitate,pe baza actelor justificative,in termen de 90 zile de la data la care beneficiarul era in drept sa le solicite.”
- Informatii suplimentare la nr.de telefon :  
0255/21.22.00 / interior 43.

*Comp.Administrare contributii si creante,  
Ec.Andreea Frant*

UNITATEA

.....  
Str. .... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ...,  
ap. ...., sectorul/judetul .....  
Codul fiscal .....  
Contul .....  
Trezoreria/Banca .....  
Nr. .... / .....

CENTRALIZATOR  
privind certificatele de concediu medical aferent  
lunii/lunilor .....

Nr crt	Numele si prenumele asiguratului	CNP asigurat	CNP copil*)	Seria si numarul certificatului de concediu medical	Seria si numarul certificatului de concediu medical initial	Codul indemnizatiei

Ne asumam raspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus.

Director,  
economic,  
(Administrator)  
.....  
.....

Director

\*)Se inscrie CNP copil pentru certificatele de concediu medical care au codul de indemnizatie 09.