

Sjukanmälan

Skickas in av arbetsgivaren

Uppgifter om den anstälde

Namn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	Yrke/sysselsättning
Adress (Gatuadress, postnummer och ort)		Telefon dagtid (även riktnummer)

Sjukperioder

Ange samtliga sjukperioder – oavsett periodernas längd – under den senaste tolv månadersperioden. Utrymme för fler sjukperioder finns på sidan 2 av blanketten.

Sjuk fr o m	Sjuk t o m	Grad av sjukskrivning	Sjuk fr o m	Sjuk t o m	Grad av sjukskrivning
			Frisk fr o m		

Kompletterande uppgifter

<input type="checkbox"/> Den anstälde är heltidsanställd.	Arbetstid i procent	<input type="checkbox"/> Den anstälde har sökt ersättning för arbetskada.
<input type="checkbox"/> Den anstälde är deltidanställd.		<input type="checkbox"/> Den anstälde har rehabiliteringsersättning.
<input type="checkbox"/> Den anstälde har sjuk- eller aktivitetsersättning.		

Utlandsförsäkrad

Har den anstälde svensk sjukpenning? Fylls i om den anstälde omfattas av ITP vid utlandstjänstgöring.	Har den anstälde annan sjukpenning? Till exempel sjukpenning enligt annat lands lagstiftning eller sjukersättning från arbetsgivaren.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Den anställdes kontouppgifter

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Övrig del av kontonumret	Bankens namn
<input type="checkbox"/> Plusgirokonto	Kontonummer		

Arbetsgivarens underskrift

Datum	Företagets namn och adress	
Organisationsnummer	Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnummer)
Kostnadsställe	Mejladress	
Underskrift av behörig	Namnförtydligande	

