

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS RZA

strona: 1

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH
NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾

02. Numer kartki raportu RZA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾

02. Podstawa wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾

02. Podstawa wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾

02. Podstawa wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾

02. Podstawa wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

VII. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾

02. Podstawa wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

03. Suma kwot na stronie

(p. III.B.03 + p. IV.B.03 + p. V.B.03 + p. VI.B.03 + p. VII.B.03)

zł, gr

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS RZA

strona: 2

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH
NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

VIII. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia¹⁾

02. Podstawa
wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia¹⁾

02. Podstawa
wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

X. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia¹⁾

02. Podstawa
wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

XI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia¹⁾

02. Podstawa
wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

XII. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu
ubezpieczenia¹⁾

02. Podstawa
wymiaru składki

zł, gr

03. Kwota składki

zł, gr

04. Suma kwot na stronie

(p. VIII.B.03 + p. IX.B.03 + p. X.B.03 + p. XI.B.03 + p. XII.B.03)

zł, gr

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

XIV. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.