



# SJUKFÖRSÄKRAN

Månad och år:

## Personuppgifter

Namn:	Personnummer: -
	Kostnadsställe:

**Jag försäkrar att jag på grund av sjukdom/nedsatt arbetsförmåga varit oförmögen att arbeta:**

## Sjukfrånvaro

From (år, mån, dag)	Tom (år, mån, dag)	Sjuk antal dgr*	Sjuk antal tim	Ord arbetstid (antal tim)

**\*OBS! Glöm inte skicka in ett läkarintyg från 8:e (åttonde) dagen**

## Beskriv på vilket sätt din arbetsförmåga är nedsatt


Jag är fortfarande sjuk

Läkarintyg postas

Läkarintyg skickas digitalt

Ort

Datum (när blanketten fylldes i)