

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Beräknat födelsedatum

Datum

2. Underskrift

Datum	Namnteckning av läkare, barnmorska eller sjuksköterska		
Namnförtydligande			
Befattning		Eventuell specialistkompetens	
HSA-id		Arbetsplatskod	
Intygsutfärdarens personnummer. Anges endast om du saknar HSA-id.			
Vårdenhetens namn, adress och telefon			

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

72100101