** ………….. SOSYAL GÜVENLİK MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **…………….**

 Kurumunuzda **Genel Sağlık Sigortası**  60/g kapsamında sigortalıyım.

Aşağıda belirttiğim talebime göre gerekli işlemin yapılmasını arz ederim.

 **………./………./……….**

 **Adı soyadı**

 **İmza**

**T.C.KİMLİK NO:…………………………….**

**TELEFON NO :…………………………….**

**ADRES :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **…./…./201.. tarihinde 4 / A (SSK) kapsamında sigortalı olduğum için GSS’nin durdurulması,** |
|  | **…./…./201.. tarihinde 4 / B (Bağ-Kur) kapsamında sigortalı olduğum için GSS’nindurdurulması,** |
|  | **…./…./201.. tarihinde 4 / C (Emekli Sandığı) kapsamında sigortalı olduğum için GSS’nin durdurulması,** |
|  | **…./…./201.. tarihinde askere gideceğimden dolayı GSS ’nin durdurulması,** |
|  | **…./…./201.. tarihinde yurtdışına çıkacağımdan dolayı GSS ’nin durdurulması** |
|  | **…./…./201.. tarihinden beri yurtdışında yaşadığımdan dolayı GSS ’nin durdurulması,** |
|  | **Fazla Ödemenin İadesini,** |
|  | **Beyanla 60 - C-1’den 60 / G’ye geçirilmesini talep ediyorum,**  |
|  | **Gelir testi istemiyorum 60 / G’den açılmasını talep ediyorum ve aylık………. primlerini ödemeyi istiyorum,** |
|  | **Gelir testine itiraz etmek istiyorum,** |
|  |  |