



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