

Žádost o vydání Přehledu výdajů na zdravotní péči a zaplacených regulačních poplatků a doplatků za nezletilého pojištěnce mladšího 15 let

Příjmení a jméno nezletilého	Číslo pojištěnce	Adresa místa trvalého pobytu
Příjmení a jméno zákonného zástupce	Adresa místa trvalého pobytu/adresa pro doručení výpisu	

Žádám o písemné vyhotovení výpisu z osobního účtu o zdravotní péči, která byla uhrazena za nezletilého v posledních 12 měsících.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem nezletilého, nejsem zbaven ani omezen v rodičovské zodpovědnosti, ani není výkon mé rodičovské zodpovědnosti pozastaven.

Beru na vědomí, že výpis z osobního účtu není kompletním výpisem o veškeré poskytnuté zdravotní péči, ale výpisem o vykázané zdravotní péči, kterou zdravotní pojišťovna zdravotnickým zařízením uhradila, a že přehled slouží ke kontrole zdravotních pojišťoven, případně zdravotnických zařízení, nikoliv pro jiné účely.

- Žádám o zaslání výpisu z osobního účtu poštou (nehodící se škrtněte).
- Výpis si vyzvednu na pracovišti VZP ČR (nehodící se škrtněte).

.....

.....

Datum

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce nezletilého

Totožnost žadatele při osobní žádosti/osobním převzetí přehledu ověřena dle:

Právní vztah žadatele k nezletilému ověřen dle (rodný list, rozhodnutí soudu, občanský průkaz):

Ověřil:

Převzal:

Datum:

Datum:

Svým podpisem potvrzuji převzetí výpisu.