



Žádost o výpis z osobního účtu nezletilého pojištěnce

Jméno a příjmení pojištěnce:

Číslo pojištěnce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Číslo pojištěnce zákonného zástupce:

Adresa pro doručování:

(Vyplňuje se v případech, kdy požadujete Výpis doručit na adresu pro doručování se neshoduje s adresou trvalého bydliště.)

Žádám o výpis přehledu výdajů na hrazené služby a zaplacených regulačních poplatků dle zákona
č. 48/1997 Sb. (dále jen „Výpis“), které byly uhrazeny za mé nezletilé dítě v období:

posledních 12 měsíců

od

do

(Lékaři i nemocnice vykazují poskytnutou zdravotní péči až s tříměsíčním odstupem, Výpis Vám tedy zpravidla předáme k datu
tři měsíce zpětně od data podání žádosti.)

Zároveň ☐ žádám ☐ nežádám o přehled doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny
pro zvláštní lékařské účely, které jsou od 1. 1. 2025 evidované v systému eRecept.

Způsob převzetí

☐ osobně na pobočce VZP ČR

☐ datovou schránkou, číslo méj datové schránky:

☐ korespondenčně prostřednictvím poskytovatele poštovních služeb na adresu pro
doručování

Datum:

Podpis pojištěnce:

Vyplňuje zaměstnanec pobočky VZP ČR, pokud je Výpis osobně předán na pobočce VZP ČR.

Totožnost žadatele ověřena dle: druh dokladu:

číslo dokladu:

Právní vztah žadatele k pojištěnci byl ověřen dle:

☐ předloženého RL

☐ náhledem do aplikace VZP

Ověřil (jméno a příjmení):

Datum předání Výpisu:

Svým podpisem potvrzuji osobní převzetí Výpisu.

Převzal: