

Evidenční štítek

Žádost o výplatu nemocenského po uplynutí podpůrní doby



Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno)

A. Základní identifikace

Příjmení	Jméno	Rodné příjmení	Titul	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum narození	Rodné číslo			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Ulice ¹⁾	Číslo domu ¹⁾	Obec ¹⁾	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ID Datové schránky	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	<input type="checkbox"/> OSVČ	Zaměstnán jako		
		<input type="text"/>		

B. Adresa v době dočasné pracovní neschopnosti ²⁾

Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Identifikace zaměstnavatele

Název	IČ			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. Dočasná pracovní neschopnost

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti	Dočasně práce neschopen od
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Identifikace ošetřujícího lékaře

Příjmení	Jméno	Titul	Telefonní číslo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F. Důvody žádosti

G. Datum vyplnění a podpis

.....
Datum, podpis pojištěnce

¹⁾Bydliště dle OP

²⁾Vyplní žadatel pouze v případě, když není shodné s adresou jeho bydliště