

**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	ID Datové schránky		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ulice <sup>1)</sup>	Číslo domu <sup>1)</sup>	Obec <sup>1)</sup>	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	<input type="checkbox"/> OSVČ	Zaměstnán jako	<input type="text"/>	

**B. Adresa v době dočasné pracovní neschopnosti <sup>2)</sup>**

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"/>

**E. Identifikace ošetřujícího lékaře**

Příjmení	Jméno	Titul	Telefoní 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. Období žádosti <sup>3),4)</sup>

Podání:

První žádosti <sup>3),4)</sup>

Žádám o výplatu nemocenského nejdéle na dobu 3 měsíců po uplynutí podpůrčí doby 380 dní, stanovené podle ustanovení § 26 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Žádám o výplatu nemocenského po uplynutí podpůrčí doby na období (nejdéle na období 3 měsíců):

Období od - do<sup>5)</sup>

Opakované žádosti <sup>3),4)</sup>

Žádám o výplatu nemocenského nejdéle na dobu 3 měsíců od posledního dne období, na které mi byla/bude rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění výplata nemocenského po uplynutí podpůrčí doby přiznána, a to na základě předchozí žádosti ze dne:

Datum žádosti<sup>6)</sup>

Žádám o výplatu nemocenského po uplynutí podpůrčí doby na období (nejdéle na období 3 měsíců):

Období od - do<sup>5)</sup>

## H. Datum vyplnění a podpis

.....  
Datum, podpis pojištěnce

<sup>1)</sup>Bydliště dle OP

<sup>2)</sup>Vyplní žadatel pouze v případě, když není shodné s adresou jeho bydliště

<sup>3)</sup>Žadatel musí vybrat jednu z níže uvedených možností

<sup>4)</sup>Hodící se označte křížkem

<sup>5)</sup>Nebude-li období uvedeno datumově, je třeba jej vymezit jiným způsobem

<sup>6)</sup>Je-li vybrána tato možnost, pak uvedení data předchozí žádosti je povinné

**ČSSZ/OSSZ vyžaduje a zpracovává osobní údaje v souladu s právními předpisy pro ochranu osobních údajů a pouze k legitimním účelům.** Více informací naleznete na <https://www.cssz.cz/cz/gdpr.htm>.