



## Žádost o vrácení přeplatku na veřejném zdravotním pojištění

Jméno a příjmení

Adresa pojištěnce

Rodné číslo

IČO

Telefonní kontakt

Kategorie

OBZP

OSVČ

Zaměstnavatel

### Způsob vrácení přeplatku

a)  složenkou

na adresu

b)  na bankovní účet

bankovní účet

kód banky

název banky

### Důvod vrácení přeplatku

.....  
.....  
.....

Den.....

Podpis plátce .....

**OPVM**

Pracovník pojistných vztahů ověřil v dobách pojištění:

Podpis: .....

Datum: .....

**EO**

Pracovník ekonomického odboru ověřil saldo plátce a provedl:

Podpis: .....

Datum: .....