

Antrag auf Abschlagszahlung bei stationären Krankenhausbehandlungen und bei Dialysebehandlungen

Anlage 9

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

Dienststellen-Nr.

oder

Schul-Nr.

1 Erkrankte PersonBeihilfeberechtigter ☐Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ☐

Kind (Vorname)

2 Voraussichtlich entstehende KostenKrankenhausbehandlung ☐

Name des Krankenhauses:

Anschrift:

Dialysebehandlung ☐

Name der Dialysestation:

Anschrift:

IK-Nummer:

IK-Nummer:

Allgem. Krankenhausleistungen

€

Kosten für 1 Dialyse:

€

Wahlleistung Zweibettzimmer

€

Monatliche Kosten

€

Zu leistende Vorauszahlung

€

Ist die Krankenhausbehandlung Folge eines Unfalls?

☐ Nein☐ Ja**3 Zahlung**Ich bitte um Zahlung eines Abschlags in Höhe von € ☐ an Antragsteller☐ an das Krankenhaus bzw. die Dialysestation unter Angabe des Verwendungszwecks: _____

Kontonummer

, BLZ

, Kreditinstitut

4 Erklärung

Mir ist bekannt,

- dass dieser Antrag kein Antrag auf Zahlung einer Beihilfe ist und die Kosten mit einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden müssen. Er muss innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum gestellt werden. Für den Fristablauf ist der Tag des Antrageingangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich,
- dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, sofern er die festgesetzte Beihilfe übersteigt oder kein Beihilfeantrag gestellt wird.

Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder einer von ihm bevollmächtigten Person