

Antrag (HS)

auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung

Kommunale Versorgungskasse Darmstadt Postfach 11 15 61 64230 Darmstadt	Beschäftigungsbehörde:	
1. Beihilfeberechtigte/r:		
Name, Vorname	Amts-/Dienstbezeichnung	Geb.-Datum
Anschrift		Telefon
2. Erkrankte Person:		
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/r	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Kind
		Vorname
3. Kosten:		
Name und Anschrift des Krankenhauses		
Voraussichtliche Behandlungsdauer: _____		
Allgemeiner Pflegesatz	Zuschlag für 2-Bett-Zimmer	Zu leistende Vorauszahlung
_____ €	_____ €	_____ €
(nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer berechnet wird)		
4. Zahlungsweise:		
Ich bitte um Gewährung eines Abschlages in Höhe von _____ €		
Geldinstitut		
IBAN		BIC
5. Erklärung:		
Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.		
_____ Ort, Datum		_____ Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

