

Liitteet _____ kpl

Hakijan henkilötunnus

HAKUAIKA 6 kuukautta maksun suorittamisesta.

1 HAKIJA Sukunimi ja etunimet

(potilas)

Lähiosoite

Vakinainen asuinkunta

Postinumero

Postitoimipaikka

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite

2 MAKSUOSOITE IBAN-tilinumero

BIC-pankkitunniste

3 KORVAAJA MUU Ovatko kustannukset aiheutuneet

KUIN KELA

 liikennevahingosta työtapaturmasta

Vakuutusyhtiön nimi _____

4 ALLEKIRJOITUS **Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.**

Paikka ja aika

Hakijan, hänen huoltajansa, edunvalvojansa, lähiomaisen tai muun pääasiallisesti hakijasta huolehtivan henkilön allekirjoitus ja nimen selvennys

5 VALTAKIRJA Valtuutan alla mainitun henkilön / työnantajan saamaan minulle myönnettävän sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen.

Valtuutetun henkilön nimi

Henkilötunnus

Valtuutetun työnantajan nimi

Työnantajan edustajan nimi ja puhelinnumero

Lähiosoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Paikka ja aika

Hakijan, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus ja nimen selvennys

Voitte toimittaa korvaushakemuksen Kelaan sen jälkeen, kun kustannukset on maksettu.

Liittäkää hakemukseen selvitys lääkärin tai hammaslääkärin antamasta hoidosta ja perityistä palkkioista, tutkimus- ja hoitomääräykset sekä selvitykset niiden perusteella annetuista hoidosta ja tehdyistä tutkimuksista.

Liittäkää hakemukseen apteekin antama selvitys lääkeostoistanne, jos ette ole saanut korvausta apteekista.

Ulkomailla syntyneistä kustannuksista haetaan korvausta lomakkeella SV 128, Korvaushakemus ulkomailla syntyneistä sairaanhoitokustannuksista.

Matkakustannuksista haetaan korvausta erillisillä matkakorvauslomakkeilla.

Jos tarvitsette toimittamistanne selvityksistä valokopiot esimerkiksi vakuutusyhtiötä varten, pyydämme Teitä hankkimaan ne ennen kuin toimitatte selvitykset Kelaan / työpaikkakassaan.

Julkisessa sairaalassa, vanhainkodissa tai muussa vastaavassa laitoksessa hoidossa oloaikana aiheutuneista yksityisen terveydenhuollon kustannuksista ja lääkekustannuksista ei makseta korvausta.