

Absender

PLZ, Ort, Datum

Straße, Hausnummer

Telefon (privat)

**Versorgungsausgleichskasse
der Kommunalverbände in
Schleswig-Holstein
- Beihilfekasse -
Knooper Weg 71
24116 Kiel**

**Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung / Anschlussrehabilitation / Re-
habilitationsaufenthalt**

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)			
Vorname, Name		Geburtsdatum	
Anschrift			
Dienststelle		Personalnummer	
2. Erkrankte Person			
<input type="checkbox"/> Antragsteller		<input type="checkbox"/> Ehegatte (Vorname)	<input type="checkbox"/> Kind (Name, Vorname nur wenn abweichend)
3. Kosten			
Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung			
Behandlungszeitraum	Allgemeiner Pflegesatz EUR/Tag	zu leistende Vorauszahlung EUR	Zweibettzimmerzuschlag EUR/Tag
4. Zahlungshinweise			
Ich bitte um Abschlagszahlung			
an: <input type="checkbox"/> mich		<input type="checkbox"/> das Krankenhaus	
Name und Sitz des Geldinstituts		IBAN (22 Stellen)	BIC
Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)			

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers