

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**

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. Aufwendungen (Personen sind getrennt einzutragen)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Erkrankter</th> <th>Art der Aufwendung</th> <th>Datum der Rechnung</th> <th>Rechnungsbetrag (EUR)</th> <th>Vorauszahlungsbetrag (EUR)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Erkrankter	Art der Aufwendung	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag (EUR)	Vorauszahlungsbetrag (EUR)					
Erkrankter	Art der Aufwendung	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag (EUR)	Vorauszahlungsbetrag (EUR)											
4. Zahlungshinweise															
Ich bitte um Abschlagzahlung															
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 zurückzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers