

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

## Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe

Zutreffendes bitte ankreuzen

<b>1. Antragsteller</b> (Beihilfeberechtigter)					
Vorname, Name			Geburtsdatum		
Anschrift					
Dienststelle			Personalnummer		
<b>2. Erkrankte Person</b>					
<input type="checkbox"/> Antragsteller		<input type="checkbox"/> Ehegatte (Vorname)		<input type="checkbox"/> Kind (Name, Vorname nur wenn abweichend)	
<b>3. Aufwendungen (Personen sind getrennt einzutragen)</b>					
Erkrankte/r	Art der Aufwendungen	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag (EUR)	Vorauszahlungsbetrag (EUR)	
<b>4. Zahlungshinweise</b>					
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

