

Beihilfenummer	Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung des/der Beihilfberechtigten	Geburtsdatum
----------------	--	--------------

Norddeutsche Kirchliche
Versorgungskasse (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563

**Antrag auf Abschlagszahlung einer zu
erwartenden Beihilfe/ Dienstunfall-
fürsorgeleistung**

30045 Hannover



1. Person, für die der Abschlag gezahlt werden soll
Name, Vorname, Geburtsdatum

2. Ergänzende Angaben

a) Der Abschlag wird für eine Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation oder eine sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahme benötigt.

Name und Anschrift des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung		
Tag der Aufnahme	Voraussichtliche Verweil-/ Behandlungsdauer	Zu leistende Vorauszahlung €*
Basis-/ Abteilungspflegesatz €	Fallpauschale/Sonderentgelt €	Zuschlag 2-Bettzimmer €

Bitte fügen Sie den für den Behandlungszeitraum maßgebenden Pflegekostentarif bei. Diesen erhalten Sie beim Krankenhaus/ Rehabilitationseinrichtung. – Die Schlussrechnung ist unverzüglich nach Erhalt mittels Beihilfeantrag zur Abrechnung vorzulegen.

b) Der Abschlag ist aus sonstigem Grund erforderlich

Grund:	Zu leistende Vorauszahlung €*
--------	-------------------------------

* Die Abschlagszahlung erfolgt grds. i. H. von 80 v.H. der Forderung unter Berücksichtigung Ihres entsprechenden Bemessungssatzes.

3. Zahlungsweg

Ich bitte um Überweisung an mich das Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung

IBAN	BIC
Verwendungszweck (z.B. Patienten- oder Aufnahme-Nr.)	

Wichtiger Hinweis:

Wenn eine Abschlagszahlung an ein Krankenhaus/ Rehabilitationseinrichtung erfolgen soll, sind die Angaben zu Nr. 2a und 3 unten bestätigen zu lassen. Für einen Abschlag aus sonstigen Gründen fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bei.

Erklärung:

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

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Erklärung des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Nr. 2a und 3 werden hiermit bescheinigt.

Stempel des Krankenhauses/ Rehabilitationseinrichtung, Datum, Unterschrift
--