

Antrag auf Mittel aus der Hannoverschen Beihilfekasse e.V.

Hiermit beantrage ich:

Frau Herr

_____ (Titel)

_____ (Name)

_____ (Vorname)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Sozialversicherungsnummer, 12-stellig)

wohnhaft in:

_____ (Straße, Nr.)

_____ (PLZ)

_____ (Ort)

_____ (Land, falls nicht D)

_____ (Telefon)

_____ (E-Mail-Adresse)

Hinweis: Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten an, insbesondere die Email-Adresse. Der Schriftverkehr erfolgt in der Regel elektronisch.

für folgende Ausgaben Mittel aus der Hannoverschen Beihilfekasse e.V.:

Nr.	Art der Behandlung / Leistung	Antrag- steller:in	Ehe- /Lebens- partner:in	Kind	Kind	Kind
1	Zahnärztliche/ Kieferorthopädische Behandlungen					
2	Heilpraktische Behandlungen					
3	(Anthroposophische) Medikamente					
4	Anthroposophische Therapien/ Beratung					
5	Homöopathische Beratung/ Medikamente					
6	Komplementärmedizin (Akupunktur, Ayurveda, TCM-Behdlg.)					
7	Psychotherapie					
8	Sonstige Leistungen (Sehhilfen, Hörgeräte, Hilfsmittel etc.)					
Gesamtausgaben						

