

Antrag für Familien auf Mittel aus der Hannoverschen Beihilfekasse e.V.

Hiermit beantrage ich:

_____ (Titel) _____ (Name) _____ (Vorname)

_____ (Geburtsdatum) _____ (Geburtsname)

Wohnhaft in:

_____ (Straße, Nr.)

_____ (PLZ) _____ (Ort) _____ (Land, falls nicht D)

_____ (Telefon) _____ (E-Mail-Adresse)

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

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Antragsteller:in			
Ehe-/Lebenspartner:in			
Kind 1			
Kind 2			
Kind 3			
Kind 4			
Kind 5			
Kind 6			

Bitte fügen Sie einen Nachweis Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bei, der bestätigt, dass Ihre aufgeführten Angehörigen über Sie familienversichert sind.

	Art der Behandlung / Leistung	Gesamtausgaben pro Person in EUR			
		Antragsteller:in	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind 1	Kind 2
1	Zahnärztliche/ Kieferorthopädische Behandlungen				
2	Heilpraktische Behandlungen				
3	(Anthroposophische) Medikamente				
4	Anthroposophische Therapien/ Beratung				
5	Homöopathische Beratung/ Medikamente				
6	Komplementärmedizin (Akupunktur, Ayurveda, TCM-Behandlungen)				
7	Psychotherapie				
8	Sonstige Leistungen (Sehhilfen, Hörgeräte, Hilfsmittel etc.)				
	Gesamtausgaben				

Weiter auf der Rückseite

