

## 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)					
7	Psychotherapie					
8	Sonstige Leistungen (Sehhilfen, Hörgeräte, Hilfsmittel etc.)					
<b>Gesamtausgaben</b>						
<b>Erstattungen Krankenkasse/Zusatzversicherung</b>						
<b>Differenz</b>						

