

Antrag für Einzelpersonen 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)

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.:

	Art der Behandlung / Leistung	Ausgaben in EUR
1	Zahnärztliche/ Kieferorthopädische Behandlung	
2	Heilpraktische Behandlung	
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	

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Alle Quittungen / Verordnungen müssen auf den **Namen der beihilfeberechtigten Person** ausgestellt sein.
- Bitte fügen Sie diesem Antrag **alle Quittungen / Verordnungen** bei.
- Leistungen können nur erstattet werden, wenn uns deren **medizinische Notwendigkeit** in Form eines Rezepts oder einer Verordnung bescheinigt wird.
- Die Summe der belegten Kosten muss **mindestens EUR 200,00** betragen.

Weiter auf der Rückseite

