

Hinweis: Bitte immer ausfüllen!

Service Nummer	Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
----------------	--	--------------

Norddeutsche Kirchliche
Versorgungskasse (NKVK)
-Dienstunfallfürsorge-
Postfach 4563

30045 Hannover

Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens im Rahmen der Dienstunfallfürsorge

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für durch die Behandlung der **Dienstunfallfolgen** entstandenen Aufwendungen für den folgenden Dienstunfall:

Datum des Dienstunfalls *

* Bitte unbedingt angeben, da sonst eine Bearbeitung des Antrags nicht erfolgen kann.

Datum der Dienstunfallanerkennung *

Die Erstattung der mit diesem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers	
IBAN	BIC
Anzahl der beigefügten Originalbelege	Gesamtrechnungsbetrag ca.

Ich versichere die **Richtigkeit und Vollständigkeit** meiner Angaben.

Weiterhin bestätige ich,

- dass in den Belegen **ausschließlich** Aufwendungen enthalten sind, die den oben aufgeführten Dienstunfall betreffen und
- dass hierauf **keine Beihilfe nach den Beihilfavorschriften** gewährt wurde,
- dass hierauf **keine Erstattung von dritter Seite** (insbesondere von privater Krankenversicherung) erfolgt ist.

Mit der Speicherung der für die Erstattung von Heilverfahrenskosten notwendigen medizinischen Daten bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
-------	---