

Niedersächsische Versorgungskasse
- Abt. Beihilfen-
Am Mittelfelde 169
Postfach 81 04 04

30504 Hannover

Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe bei einer
Dialysebehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen ☒

1. Antragsteller (beihilfeberechtigte Person))

Name, Vorname	Aktenzeichen	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

2. Erkrankte Person

Antragsteller <input type="checkbox"/>	Ehegatte (Vorname) <input type="checkbox"/>	Kind (Vorname) <input type="checkbox"/>
---	--	--

3. Kosten

Name und Anschrift der Dialyse-Institution	
Behandlungsdauer	Voraussichtliche Kosten

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung und Überweisung auf **mein** Konto.

Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaber
IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	bei Geldinstitut

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/des Bevollmächtigten
------------	--