



ANTRAG AUF ABSCHLAGSZAHLUNG

FÜR EINE ZU ERWARTENDE BEIHILFE BEI EINER DIALYSEBEHANDLUNG

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen



1. Antragsteller (beihilfeberechtigte Person)

Name, Vorname

Beihilfe-Nummer

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)

2. Erkrankte Person

Antragsteller

Ehegatte

Kind (Vorname)

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