Nullstill skjemaet før du lukkar det

Nullstill

# FORENKLA SAMLEREKNING

Sendast til HELFO

Frist for å sette fram krav er seks månader rekna frå utgangen av den månaden du fekk behandlinga.

| Fornamnet, etternamnet til behandlaren | |
|---|---|
| Gateadresse/Postboksadresse | |
| Postnummer og poststad | |
| Telefonnummer | E-postadresse |

## For behandlaren

| Identitetsnr. til behandlaren (fødselsnummer/organisasjonsnummer) | |
|---|---|
| Rekningsperiode (f.o.m. - t.o.m.) | Tal rekningar lagt ved |

| TYPE UTGIFT | BELØP |
|---|---|
| Kiropraktor | |
| Audiopedagog | |
| Logoped | |
| Ortoptist | |
| Fastlønnstilskott | |
| Terapiriding | |
| 1. Anna (gi opp kva det gjeld) | |
| 2. Anna (gi opp kva det gjeld) | |
| **Samla krav** | 0.00 |

| Bankkontonummer (11 siffer) | Skattekommune |
|---|---|

## For HELFO

| Tal avviste rekningar | Beløp avviste rekningar |
|---|---|

## POSTERINGSANVISING

| RETTA (+-) | KONTO | REFUNDERT BELØP |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Trekk (gi opp kva det gjeld) | | |
| **Anvisast til utbetaling** | | |

| Merknader |
|---|
| Dato, stempel og underskrifta til behandlaren |

| Merknader |
|---|
| Dato, stempel og underskrifta til HELFO |