Nullstill skjemaet før du lukker det

HELFO
HELSEØKONOMIFORVALTNINGEN

Nullstill

FORENKLET SAMLEREGNING

Sendes til HELFO.

Frist for å sette fram krav er seks måneder regnet fra utgangen av den måned hvor behandlingen fant sted.

Behandlerens fornavn, etternavn	
Gateadresse/Postboksadresse	
Postnummer og poststed	
Telefonnummer	E-post adresse

For behandleren

Behandlerens identitetsnr. (fødselsnummer/organisasjonsnummer)	
Regningsperiode (f.o.m. - t.o.m.)	Antall regninger vedlagt

TYPE UTGIFT	BELØP
Kiropraktor	
Audiopedagog	
Logoped	
Ortoptist	
Fastlønnstilskudd	
Terapiridning	
1. Annet (oppgi hva det gjelder)	
2. Annet (oppgi hva det gjelder)	
Samlet krav	0.00
Bankkontonummer (11 siffer)	Skattekommune

For HELFO

Antall avviste regninger	Beløp avviste regninger

POSTERINGSANVISNING

RETTET (+-)	KONTO	REFUNDERT BELØP
Trekk (oppgi hva det gjelder)		
Anvises til utbetaling		

Merknader
Dato, stempel og behandlerens underskrift

Merknader
Dato, stempel og HELFOs underskrift