Forenklet samleregning

Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

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

For behandleren:

Etternavn, Fornavn	
Gateadresse/postboks	
Postnummer og poststed	
Telefonnummer	
E-post adresse	
Behandlerens identitetsnummer (fødselsnr./organisasjonsnr.)	
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 (ikke egenandeler pasient)	0

Bankkontonummer (11 siffer)	
Skattekommune	
Merknader	
Dato, stempel og behandlerens underskrift	

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 Helfos underskrift