Helfo

Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Forenkla samlerekning

Frist for å setje fram krav er seks månader rekna frå utgangen av den månaden behandlinga blei utført.

For behandlaren:

Etternamn, Fornamn	
Gateadresse/postboks	
Postnummer og poststad	
Telefonnummer	
E-postadresse	
Behandlaren sitt identitetsnummer (fødselsnr./organisasjonsnr.)	
Rekningsperiode (f.o.m.–t.o.m.)	Tal på rekningar lagde ved

TYPE UTGIFT	**BELØP**
Kiropraktor	
Audiopedagog	
Logoped	
Ortoptist	
Ridefysioterapi	
1. Anna (oppgi kva det gjeld)	
2. Anna (oppgi kva det gjeld)	
Samla krav (ikkje eigendelar pasien)	0

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

For Helfo:

Tal på avviste rekningar	Beløp avviste rekningar

POSTERINGSTILVISING

RETTA (+/-)	**KONTO**	**REFUNDERT BELØP**
Trekk (oppgi kva det gjeld)		
Tilvist til utbetaling		

Merknader
Dato, stempel og underskrift frå Helfo