

**Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung**

An

1. Beihilfeberechtigter

Name	Vorname	Amts- oder Diensbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)			

2. Erkrankte Person

Beihilfeberechtigter Kind

Ehegatte Vorname: _____

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses

Voraussichtliche Behandlungsdauer

Allgemeiner Pflegesatz	Zuschlag für 2-Bett-Zimmer
<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
	(nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird).
Zu leistende Vorauszahlung	<input type="text"/> €

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung eines Abschlags in Höhe von _____ € durch

<input type="checkbox"/> Barzahlung	<input type="checkbox"/> an mich
<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus zu Aktenzeichen: _____

Geldinstitut	Bankleitzahl
Kontoinhaber	Konto-Nummer

5. Erklärung

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Beihilfeberechtigten

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen