

Beihilfe Personal Nr.	Dienststellen Pers. Nr.	Dienststellen Nr.	HHST

vom _____

Name, Vorname, Amtsbezeichnung

Vom / Von Antragsteller / in auszufüllen:						Bemerkungen	
Beleg Nr.	Rechnungsdatum	1) 2) Art/ Empfänger /in der Leistung		Rechnungsbetrag			Leistungen von Versicherungen
				Euro		%	Euro
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
	Abschlag						
		Summe					

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

100 = Arztkosten	160 = Sehhilfe	400 = Heilkur	640 = Vollstationäre Pflege
110 = Fahrtkosten	170 = Sonstige Hilfsmittel	410 = Sanatoriumsbehandlung	
120 = Heilpraktiker	200 = Stationäre Arztrechnung	500 = Geburtskosten	
130 = Physiotherapie	210 = Stationäre Unterkunft	510 = Sterbekosten	
140 = Psychotherapie	300 = Zahnbehandlung	600 = Ambulante Pflege	
150 = Arzneimittel	320 = KFO Behandlung	620 = Kurzzeitpflege	

2) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

01= Antragsteller	03= Kind 1
02= Ehegatte	04= Kind 2 usw.