

Eingangsstempel TLF

Vertrauliche Dienstunfallsache

Thüringer Landesamt für Finanzen
Referat B 4 – Dienstunfallfürsorge
Postfach 90 04 51
99107 Erfurt

Personalnummer

Nur von dort zu öffnen!

Antrag auf Erstattung der Kosten des Heilverfahrens
gem. § 29 Thüringer Beamtenversorgungsgesetz (ThürBeamtVG)

Name, Vorname	Dienstunfall vom	anerkannt mit Bescheid vom
Die ärztliche Behandlung aufgrund des o.g. Dienstunfalls ist abgeschlossen. dauert noch, voraussichtlich bis: _____ Sofern neue ärztliche Befundberichte vorliegen, werde ich diese unaufgefordert übersenden.		

Hinweis: Erstattungsfähige Beträge werden grundsätzlich auf Ihr Bezügekonto überwiesen.

Haben Sie für die hiermit beantragten Aufwendungen bereits einen Antrag auf Beihilfe gestellt? Nein Ja, am _____ Falls ja, wurde bereits ein Bescheid erlassen? Nein Ja, am _____	Haben Sie für die hiermit beantragten Aufwendungen bereits einen Leistungsantrag bei Ihrer Krankenversicherung gestellt? Nein Ja, am _____ Falls ja, wurde ein Bescheid erlassen? Nein Ja, am _____
--	--

Hinweis: Bitte Kopie des Bescheides der Beihilfe bzw. Krankenkasse beifügen.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Ich versichere, dass es sich bei den eingereichten Rechnungen um **Originalbelege** handelt.
Nachträgliche Kostenreduzierungen werde ich unverzüglich anzeigen.

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie die Rückseite des Antrags (Anlage zum Antrag)!

