

Name, Vorname des Antragstellers
Anschrift

Eingangsstempel des TLF-B

Datum

Arbeitsgebiet	Personalnummer
---------------	----------------

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

Antrag auf Kostenerstattung

Unfall erlitten am	
Dienstunfall anerkannt mit Bescheid vom	
Antragssumme	
Anzahl der Belege	

Ich versichere, dass es sich bei den vorgelegten Belegen um **Originale** handelt und diese nur dienstunfallbedingte Behandlungen betreffen. Für die Aufwendungen habe ich weder Beihilfe beantragt, noch werde ich sie beantragen. Die Krankenversicherung wurde von mir für diese Aufwendungen nicht in Anspruch genommen.

Das Heilverfahren ist ist noch nicht abgeschlossen.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Rückerstattung auf mein Gehaltskonto.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis

Nachträgliche Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen sind dem Thüringer Landesamt für Finanzen – Abteilung Bezüge – unverzüglich anzuzeigen.