

HAMBARAVI/HAMBAPROTEESIDE HÜVITISE AVALDUS

Täita trükitähedega

ISIKUKOOD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EES- JA PEREKONNANIMI _____

POSTIAADDRESS

/vald/linn/

/küla/tänav/

/maja/

/korter/

/maakond/

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

/postiindeks/

KONTAKTTELEFON _____

Palun hüvitada minu poolt _____ (aastal) tehtud kulutused vastavalt 16.12.2002. a sotsiaalministri määrusega nr 145 kehtestatud määradele.

Hambaraviteenustele

Olen:

vähemalt 19- aastane kindlustatud isik

rase (*lisage avaldusele arsti tõend*)

isik, kellel on tekkinud talle osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel suurenenud vajadus saada hambaraviteenust (*lisage avaldusele arsti tõend*)

alla 1- aastast last kasvatav ema (*märkida lapse ees-ja perekonnanimi ning isikukood*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hambaproteesidele (Vanaduspensionär, töövõimetuspensionär või üle 63-aastane kindlustatud isik)

Palun kanda hüvitis:

minu isiklikule pangakontole

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

minu poolt määratud isiku ISIKUKOOD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

/ees-ja perekonnanimi/

pangakontole

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ " ____ " _____ 20__ aastal

/allkiri/

/kuupäev/

NB! Lisage avaldusele hambaraviteenuse eest tasumist tõendav dokument

<http://www.haigekassa.ee> INFOTELEFON 16363