

## Kehavälise viljastamise hüvitise taotlemise avaldus

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

Palun mulle osaliselt hüvitada kehavälise viljastamise protseduuriga seonduvad, ambulatoorseks raviks vajalikele Eesti Haigekassa ravimite loetellu kuuluvatele retseptiravimitele tehtud kulutused vastavalt 16. juuli 2008. a sotsiaalministri määrusega nr 39 kehtestatud määrale

Isikukood

---

Ees- ja perekonnanimi

---

### Palun kanda minu rahalised hüvitised\*:

minu isiklikule arvelduskontole:

---

minu poolt määratud isiku arvelduskontole

---

Isikukood

---

Ees – ja perekonnanimi

---

Arvelduskonto number

---

NB! Välisriigi panga korral

märkige lisaks SWIFT/BIC kood

---

\* Juhul, kui olete haigekassale esitanud rahaliste hüvitiste (nt töövõimetushüvitis, hambaravihüvitis jne) saamiseks erinevate pankade kontode andmeid, siis kõik väljamaksmata hüvitised kantakse viimati esitatud kontole.

Kontakttelefon

---

E-posti aadress

---

Allkiri

Kuupäev “       ”       20