Nordland FYLKESKOMMUNE

REFUSJON AV REISEUTGIFTER FRITT KLIENTELL (2018)

(Gruppe A: 0-18 år, gruppe B: psykisk utviklingshemmede over 18 år, gruppe C2: pasienter i hjemmesykepleie)
Dekkes etter «Forskrift for dekning av skyssutgifter i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland»

Personalia:					
Pasient:			Adresse:		
Født:					
Behandlings-dato(er)					

Reise:		
Fra:	Til:	Tur/retur (sett kryss) □

Egen bil – antall kilometer:_____ x 2,40 = kr._____
Ledsager – antall kilometer: _____ x 0,45 = kr._____
Buss: kr._____
Båt/ferje: kr._____
Drosje: kr._____
Fly: kr._____
Bompenger: kr._____
Parkering: kr._____
Sum: kr._____

Fratrekk egenandel (enkel kr. 149, tur/retur kr. 298) - kr._____

Totalt til utbetaling:

Kontohaver:
Navn: _____
Adresse: _____
Postnr./sted: _____

Kontonr.:

eller samme som pasient □

Sted/dato Underskrift (pasient/ledsager)

Reiseutgifter i henhold til originalkvitteringer utbetales til oppgitt konto.

For tannklinikk:

Pasient tilhører gruppe: _____

Det attesteres at ovennevnte pasient er berettiget til refusjon av reiseutgifter etter gjeldende retningslinjer.

Tannklinikk: _____ Stempel

Signatur: _____

Dersom samlede egenandeler for en pasient overstiger kr. 1000,- pr. kalenderår kan overskytende beløp refunderes etter søknad til tannhelsesjef. Ta derfor kopi av denne blankett eller sørg for annen dokumentasjon av betalt egenandel.
Utfylt skjema med originalkvitteringer sendes til: Nordland fylkeskommune, Fakturamottak, 8048 Bodø.