

Sorszám: **D 0315051****Utazási utalvány**

Igazolás útiköltség-térítéshez

Igazolom, hogy: _____

(Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap) Taj-száma: _____-_____-_____

Lakcíme: _____

1. járóbeteg-szakellátásra 2. fekvőbeteg-gyógyintézetbe 3. gyógyászati ellátásra 4. rehabilitációra 5. orvosszakértői vizsgálatra utaltam be.6. gyógyászati segédeszköz átvétele, próbája esetén személyes megjelenése indokolt .

A beutalt közforgalmú közlekedési eszközön (vonat, autóbusz, HÉV, komp) utaztatható?

Igen Nem Amennyiben nem, annak indoka: 500 501 502 503 504 505 A beutalt részére kíséroról szükséges-e? Igen Nem

A beutalás helye (az intézmény megnevezése): _____

Utazási útvonal: Honnan: _____ Hova: _____

_____ év _____ hó _____ nap

P.H.

aláírás

Az utazási költségterítést kérelmező tölti ki:A kérelmező személy: a beutalt a kíséroról a gondviselő/gondnok

Csatolt (helyközi utazáshoz felhasznált) menetjegyek száma _____ db.

Amennyiben az ellátást kérelmező a gondviselő/gondnok, annak neve: _____

Az utazási költségterítés összegét a(z) _____ banknál

vezetett _____ számlaszámra, vagy a következő címre:

_____ év _____ hó _____ nap

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

_____ a kérelmező aláírása

IGAZOLÓ SZELVÉNY

A beutalt: _____ év _____ hó _____ napján Járóbeteg-szakellátáson megjelent. <input type="checkbox"/> A beutalt: _____ év _____ hó _____ napjától _____ év _____ hó _____ napjáig fekvőbeteg- ellátásban részesült <input type="checkbox"/> P.H. _____ Intézmény P.H. _____ orvos aláírása _____	A beutalt: _____ év _____ hó _____ napján Járóbeteg-szakellátáson megjelent. <input type="checkbox"/> A beutalt: _____ év _____ hó _____ napjától _____ év _____ hó _____ napjáig fekvőbeteg- ellátásban részesült <input type="checkbox"/> P.H. _____ Intézmény P.H. _____ orvos aláírása _____
---	---

*Kísérő neve: _____ Taj-száma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	*Kísérő neve: _____ Taj-száma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
--	--

A beutalt: _____ év _____ hó _____ napján Járóbeteg-szakellátáson megjelent. <input type="checkbox"/> A beutalt: _____ év _____ hó _____ napjától _____ év _____ hó _____ napjáig fekvőbeteg- ellátásban részesült <input type="checkbox"/> P.H. _____ Intézmény P.H. _____ orvos aláírása _____	A beutalt: _____ év _____ hó _____ napján Járóbeteg-szakellátáson megjelent. <input type="checkbox"/> A beutalt: _____ év _____ hó _____ napjától _____ év _____ hó _____ napjáig fekvőbeteg- ellátásban részesült <input type="checkbox"/> P.H. _____ Intézmény P.H. _____ orvos aláírása _____
---	---

*Kísérő neve: _____ Taj-száma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	*Kísérő neve: _____ Taj-száma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
--	--

A beutalt: _____ év _____ hó _____ napján Járóbeteg-szakellátáson megjelent. <input type="checkbox"/> A beutalt: _____ év _____ hó _____ napjától _____ év _____ hó _____ napjáig fekvőbeteg- ellátásban részesült <input type="checkbox"/> P.H. _____ Intézmény P.H. _____ orvos aláírása _____	A beutalt: _____ év _____ hó _____ napján Járóbeteg-szakellátáson megjelent. <input type="checkbox"/> A beutalt: _____ év _____ hó _____ napjától _____ év _____ hó _____ napjáig fekvőbeteg- ellátásban részesült <input type="checkbox"/> P.H. _____ Intézmény P.H. _____ orvos aláírása _____
---	---

*Kísérő neve: _____ Taj-száma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	*Kísérő neve: _____ Taj-száma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
--	--

TÁJÉKOZTATÓ

A *gal jelzett részt az ellátást kérelmező személynek kell kitöltenie. Az utazási költségtérítésre vonatkozó kérelmet visszamenőleg legfeljebb az utolsó igazolt utazás időpontjától számított 6 hónapra lehet érvényesíteni. Az utazási költségtérítés csak abban az esetben fizethető ki, ha az utazás a beutalás helyeként megjelölt intézménybe történt és a megjelenés igazolásának időpontja nem előzi meg az utalvány kiállításának időpontját. A felhasznált menetjegyet (jegyeket) (gépkocsival történt utazás kivételével) minden esetben csatolni kell az utalványhoz. Az utazási költségtérítés iránti kérelmet a lakóhely szerint illetékes Budapest Főváros, vagy megyei kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervéhez kell benyújtani.

Sorszám: **00315100**

Utazási utalvány
Igazolás útiköltség-térítéshez

Igazolom, hogy: _____

(Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap) Taj-száma: [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []

Lakcíme: [] [] [] [] _____

1. járóbeteg-szakellátásra 2. fekvőbeteg-gyógyintézetbe 3. gyógyászati ellátásra

4. rehabilitációra 5. orvosszakértői vizsgálatra utaltam be.

6. gyógyászati segédeszköz átvétele, próbája esetén személyes megjelenése indokolt .

A beutalt közforgalmú közlekedési eszközön (vonat, autóbusz, HÉV, komp) utaztatható?
Igen Nem

Amennyiben nem, annak indoka: 500 501 502 503 504 505

A beutalt részére kísérő szükséges-e? Igen Nem

A beutalás helye (az intézmény megnevezése): _____

Utazási útvonal: Honnan: _____ Hova: _____

_____ év _____ hó _____ nap

P.H. _____

aláírás