0,00

Zusammenstellung der Aufwendungen Antragsteller und Kinder

Art der Leistung Ä = ärztliche Behandlung Z = zahnärztliche Behandlung K = Krankenhaus/ Anschlussheilbehandlung
R = Rezepte U = Unfall privat S = stationär oder ambulante Rehabilitation
F=Fahrtkosten A = andere Leistungen H = Hilfsmittel

Antragsteller

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

Kinder (wenn abweichend vom Beihilfeberechtigten, bitte Nachnamen mit angeben)

Beleg-Nr.	Name	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €	Bezieher des kindbezogenen Familienzuschlages für dieses Kind
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner
					☐ Antragsteller ☐ Ehegatte ☐ weiterer ☐ keiner