



Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen maksukattohakemus

Hakija	Nimi		Henkilötunnus		
	Osoite		Puhelin kello 8 -16		
	Postinumero ja postitoimipaikka	Kotikunta	Tilinumeron IBAN- muodossa FI		
Huollettavat alle 18-vuotiaat lapset	Nimi	Henkilötunnus		Osoite ja kotikunta, ellei edellä oleva	
Hakemuksen kohde	Pyydän julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukaton ylittymisen jälkeen mahdollisten liikaa maksettujen maksujen palautusta pankkitililleni.				
	Tositteiden yhteissumma euroina			Oma ilmoitus	
Muut hoitopaikat	Onko Teitä hoidettu muissa terveyskeskuksissa tai sairaaloissa?				
	hoito- yksikkö		Aika		
Suostumus	Suostun samalla siihen, että maksukattoon liittyviä tietojani saa ilmoittaa muille sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja tietoa saa pyytää muilta maksukattoasian käsittelyjä varten.				
Vakuutus- korvaukset	Olen saanut tai tulen hakemaan alla oleviin maksuihin korvausta seuraavien lakien mukaisten vakuutusten perusteella: tapaturmavakuutuslaki, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslaki, sotilasvammalaki, liikennevakuutuslaki ja potilasvakuutuslaki.				
	Asiakasmaksun maksupäivä	Maksetun asiakas- maksun määrä	Asiakasmaksuun saadun korvauksen määrä euroina	Tuen tai korvauksen maksaja	
					Hakemus vireillä tai tullaan tekemään
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
Lomake lähetetään	turvasähköpostilla: maksukatto@keusote.fi				
	postitse: Keusote/Osto- ja myyntilaskutiimi PL 46 05801 Hyvinkää				
Hakijan allekirjoitus	Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi.				
	Paikka	Aika	Allekirjoitus		