

Maksukattohakemus

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen maksukattohakemus

Hakijan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero (kello 8-16)
Postinumero	Postitoimipaikka
Kotikunta	Tilinumeron IBAN-muodossa

Huolettavat alle 18-vuotiaat lapset

Nimi	Henkilötunnus	Osoite ja kotikunta, ellei ole sama kuin hakijan

Hakemuksen kohde	Pyydän julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukaton ylittymisen jälkeen mahdollisten liikaa maksettujen maksujen palautusta pankkitililleni.
	<input type="checkbox"/> Tositteiden yhteissumma euroina
	<input type="checkbox"/> Oma ilmoitus
Muut hoitopaikat	Onko Teitä hoidettu muissa terveyskeskuksissa tai sairaaloissa?
	Hoitoyksikkö
	Aika

Suostumus	Suostun samalla siihen, että maksukattoon liittyviä tietojani saa ilmoittaa muille sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja tietoa saa pyytää muilta maksukattoasian käsittelyjä varten.				
Vakuutuskorvaukset	Olen saanut tai tulen hakemaan alla oleviin maksuihin korvausta seuraavien lakien mukaisten vakuutusten perusteella: tapaturmavakuutuslaki, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslaki, sotilasvammalaki, liikennevakuutuslaki ja potilasvakuutuslaki				
	Asiakasmaksun maksupäivä	Maksetun asiakasmaksun määrä	Asiakasmaksuun saadun korvauksen määrä euroina	Tuen tai korvauksen maksaja	Vakuutushakemus vireillä tai tullaan tekemään
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
Lomakkeen lähettäminen	sähköpostilla: maksukatto@keusote.fi Keski-Uudenmaan hyvinvointialue Osto- ja myyntilaskutiimi PL 46 05801 Hyvinkää				
Hakijan allekirjoitus	Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi				
	Paikka	Aika	Allekirjoitus		