



An die
Beamtenversorgungskasse
Postfach 10 41 44
34041 Kassel

**Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe bei
stationärer Krankenhausbehandlung**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen ☒

1. Antragstellende Person (Beihilfeberechtigte) (m/w/d)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Beihilfe-Aktenzeichen der Beamtenversorgungskasse	Dienstherr	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		
Telefon		

2. Erkrankte Person

Antragsteller/in	Ehegatte (Vorname)	Kind (Vorname)
------------------	--------------------	----------------

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses		
Voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz bzw. Fallpauschale (EUR)	zu leistende Vorauszahlung (EUR)
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (EUR)	- nur angeben, wenn ein Zuschlag für die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird	

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen: ☐ an mich ☐ an das Krankenhaus unter Angabe des Verwendungszwecks (Aktenzeichen): _____		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
BIC	IBAN	

Zu den Aufwendungen, die Gegenstand dieses Antrages auf Abschlagszahlung sind, muss später unter Beachtung der Jahresfrist ein förmlicher Beihilfeantrag gestellt werden. Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten (m/w/d)
------------	---