**För att ersättning ska utgå BIFOGA FÖLJANDE:**

**Besökskvitto/besöksintyg med personnummer *(Ej kallelse)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientens personnummer** | Förnamn | Efternamn |
| Vårdnadshavares personnummer | Förnamn | Efternamn |

|  |
| --- |
| Clearing nummer/Bank alternativt Postgiro/Bankgironummer\* |

\*Saknas korrekta kontouppgifter skickas ett utbetalningskort som eventuellt kan innebära en avgift

|  |  |
| --- | --- |
| Resedatum:**Jag har rest med:** | Resa har skett till vårdgivare och ort: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**** Tåg/buss Total kostnad:\_\_\_\_\_\_\_\_  Egen bil  Enkel resa  Tur/retur** |

|  |  |
| --- | --- |
| Resedatum:**Jag har rest med:** | Resa har skett till vårdgivare och ort: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**** Tåg/buss Total kostnad:\_\_\_\_\_\_\_\_  Egen bil  Enkel resa  Tur/retur** |

|  |  |
| --- | --- |
| Resedatum:**Jag har rest med:** | Resa har skett till vårdgivare och ort: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**** Tåg/buss Total kostnad:\_\_\_\_\_\_\_\_  Egen bil  Enkel resa  Tur/retur** |

INFORMATION

* Ansökan måste vara underskriven för att handläggas.
* **Bifoga ev biljetter** för tåg/buss
* Egenavgift dras ifrån ersättningsbeloppet. **(motsvarar de 4 första milen/enkelväg vid bilkörning)**
* Resor under 4 mil/enkelväg genererar ej utbetalning utan registreras till ditt högkostnadskydd.
* Parkeringsavgift och trängselskatt ersätts inte.
* Grundregeln är att det billigaste färdsättet ska användas.
* Uppges ett kontonummer kommer ersättningen att sättas in **utan avisering**.
* Region Halland ersätter bara resor inom 12 månader.
* Information om sjukresor finns på [www.1177.se/sjukresor](http://www.1177.se/sjukresor)

**Frikort utfärdas automatiskt då egenavgifterna uppnått 2 000 kr.**

**Underskrift betalningsmottagare. Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort | Datum |
| Namnteckning | Telefon dagtid |

**Du som bor i Halland skickar in ifylld blankett och biljetter/kvitton till:**

**Region Halland, Skanningenheten/Sjukresor, Hallands sjukhus Halmstad, 301 85 Halmstad**

Vid eventuella frågor kontakta Sjukresor, tel. 010-47 61 950, eller besök: [**www.1177.se/sjukresor**](http://www.1177.se/sjukresor)