Eingangsstempel

☐ hohe Aufwendungen:
(Gesamtbetrag in Euro)

Bundesverwaltungsamt
Dienstleistungszentrum
Bitte Beihilfestelle auswählen:

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

☐ Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

Antrag auf Beihilfe — KURZANTRAG

in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname	Amts-/Dienstbezeichnung oder Dienstgrad	Besoldungs-/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum
Personenkennziffer	Gebührniszahlende Stelle		
dienstliche Anschrift Dienststelle oder Einheit	Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort	
Gebäude-/Zimmer-Nr.	Telefon (dienstlich, bitte mit Vorwahl)	E-Mail (dienstlich)	
Privatanschrift Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort		
Telefon (privat, bitte mit Vorwahl)	E-Mail (privat)		

Die letzte Beihilfe wurde bewilligt am von der Beihilfestelle Bitte Beihilfestelle auswählen:

1 - 12 Keine Änderung zu den letzten Angaben ☐

! Bei **erstmaliger Antragstellung**, bei **Änderung der persönlichen Verhältnisse** (Kinder im Familienzuschlag, Ehegatten-/ Lebenspartnereinkünfte etc.) oder bei **unfallbedingten Aufwendungen** ist der **sechsseitige Beihilfeantrag** zu **verwenden.** Bitte lesen Sie die Nummern 1 bis 12 der Langfassung des Beihilfeantrages bevor Sie diesen Kurzantrag ausfüllen.

13 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?

☐ nein ☐ ja

Wird von der Auslandsvertretung/bei Auslandslehrkräften auch von der Verwaltungsleiterin/dem Verwaltungsleiter ausgefüllt.
Im Geschäftsbereich BMVg: Bestätigung durch Vertrauensarzt der Botschaft oder Truppenarzt.

Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen wird bestätigt (innerhalb der EU und bei Aufwendungen je Krankheitsfall bis 1000 € nicht erforderlich)

Stationäre Krankenhausbehandlung ☐ nein ☐ ja	Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bettzimmer im Inland ☐ nein ☐ ja
Ort, Datum	Stempel/Unterschrift

14 Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten ☐ nein ☐ ja	Betrag	am (Datum)
☐ Die Überweisung soll auf das bisherige Konto erfolgen.	☐ Änderung der Bankverbindung, Beihilfe bitte auf folgendes Konto überweisen:	
Geldinstitut mit Ortsangabe	Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	
IBAN	BIC	

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Die Nummern 1 bis 12 des Beihilfeantrages (Langfassung) habe ich gelesen. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort	Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

Bei Vertretung: Unterschrift der Vertreterin/des Vertreters Vollmacht liegt vor ☐ Vollmacht liegt bei ☐

Zusammenstellung der Aufwendungen (Nummerieren Sie Ihre Belege bitte fortlaufend durch)

Anlage zum Beihilfeantrag vom (Datum)	für Herrn / Frau (Name, Vorname)	Geschäftsbereich BMVg: Personenkennziffer

Bitte setzen Sie in „Art der Leistung“ für: ärztliche Behandlung = äB, zahnärztl. Behandlung = zB, Fahrkosten = Fk, Heilmittel = Hem, Hilfsmittel = Him, Krankenhaus = Kh, Rezept = R, Sonstige = S (oder wählen Sie die „Art der Leistung“ über das Drop-Down-Menü aus) und sortieren Sie die Aufwendungen bitte möglichst nach Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner und Kind

Für die Beihilfefestsetzung werden keine Originalbelege benötigt, bitte reichen Sie daher Belegkopien ein.

Antragsteller/in = A, Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner = E, Kind = K						
Be-leg	A, E, K	Datum der Rechnung	Art der Leistung	Rechnungs-betrag	Kostenerstattung von anderer Seite; falls kein Prozenttarif, Währungsbetrag	Wenn für mehrere Kinder abgerechnet werden soll, bitte den Namen des Kindes anführen
			0,00			