



Lisätietoja: www.kela.fi/sairastaminen



Voit kysyä lisää puhelinpalvelustamme
(www.kela.fi/soita-kelaan).



Täytä lomake huolellisesti ja varmista, että kaikki tarvittavat liitteet ovat mukana.

Jos tarvitsemme lisätietoja, otamme sinuun yhteyttä.

Postita hakemus ja liitteet osoitteeseen
Kela, PL 10, 00056 KELA.

- i** Jos et ole aiemmin hakenut Kelan etuuksia ja olet muuttanut Suomeen, täytä lisäksi lomake Y 77.
Jos olet lähdössä ulkomaille, täytä lisäksi lomake Y 38.

Jos olet hoidossa julkisessa sairaalassa tai vanhainkodissa, et voi saada korvausta tänä aikana syntyneistä sairaanhoidon kustannuksista.

Hae matkakustannuksista korvausta OmaKelassa (www.kela.fi/omakela) tai lomakkeella SV 4 (Hakemus – Matkakorvaus).

Hae ulkomailla syntyneistä sairaanhoidon kustannuksista korvausta lomakkeella SV 128 (Hakemus – Ulkomailla syntyneet sairaanhoitokustannukset).

Hae Suomessa syntyneistä lääkekustannuksista korvausta lomakkeella SV 178 (Hakemus – Suomessa syntyneet lääkekustannukset).

Hakuaika: 6 kuukautta kustannusten maksamisesta.

1. Hakijan tiedot

- i** Henkilö, jonka kustannuksista korvausta haetaan.

Henkilötunnus

Sukunimi ja etunimi

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite

- i** Osoitetiedot Kela saa väestötietojärjestelmästä.

2. Tilinumero

- i** Ilmoita valtuutetun tilinumero kohdassa 6. Jos pankkitili on ulkomailla, ilmoita myös BIC-tunnus.

3. Kustannusten syntyminen

Kustannukset ovat aiheutuneet


liikennevahingosta

työtapaturmasta

Vakuutusyhtiön nimi _____

- i** Täytä myös lomake SV 143 Selvitys tapaturmasta.

4. Liitteet

 Jos tarvitset selvityksistä kopiot, ota ne itse ennen kuin toimitat hakemuksen Kelaan tai työpaikkakassaan.

Liitä hakemukseen:

- selvitykset lääkärin tai hammaslääkärin antamasta hoidosta.
- tutkimus- ja hoitomääräykset ja selvitykset niiden perusteella annetusta hoidosta.

5. Allekirjoitus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.

Paikka ja aika

Hakijan, hänen huoltajansa, edunvalvojansa, lähiomaisen tai muun
pääasiallisesti hakijasta huolehtivan henkilön allekirjoitus, nimenselvennys ja
puhelinnumero

6. Valtakirja

Valtuutan alla mainitun henkilön tai työnantajan saamaan minulle myönnettävän korvauksen.

Valtuutetun henkilön nimi ja henkilötunnus tai työnantajan nimi ja Y-tunnus

Valtuutetun henkilön tai työnantajan osoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Valtuutetun tilinumero

Työnantajan edustajan nimi ja puhelinnumero

Paikka ja aika

Hakijan, hänen huoltajansa tai edunvalvojansa allekirjoitus ja nimenselvennys

