

Nafn		Kennitala	
Heimili	Póstnúmer	Staður	
Heimasími	Farsími	Netfang	
Vinnustaður		Vinnusími	

Sótt er um styrk vegna

- |                                               |                                                      |                                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heyrnartækjakaupa    | <input type="checkbox"/> Gleraugnakaupa              | <input type="checkbox"/> Meðferðar hjá kiropraktor |
| <input type="checkbox"/> Laseraugnaðgerðar    | <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfunar/sjúkranudds | <input type="checkbox"/> Sálfræðimeðferðar         |
| <input type="checkbox"/> Hjartasj/Krabbameins | <input type="checkbox"/> Tæknifrjógunar              | <input type="checkbox"/> Barnsfæðingar             |
| <input type="checkbox"/> Ferðakostnaðar       | <input type="checkbox"/> Veikindi maka/barns         | <input type="checkbox"/> Annað                     |

Annað	Banki	HB	Reikn.nr.
-------	-------	----	-----------

**Rangar upplýsingar gefnar af umsækjanda geta valdið missi bótaréttar hjá sjúkrasjóði.**

**Öllum umsóknum þarf að fylgja lögleg greiðslukvittun þar sem fram kemur nafn viðtakanda, kennitala og VSK-númer (ef við á.)**

Umsóknum vegna sjúkraþjálfunar þarf að fylgja <input type="checkbox"/> Tilvísun frá lækni	Dags. tilvísunar
Dags.	Undirskrift umsækjanda

<b>Fyllist út af umboðsmanni sjúkrasjóðs</b>	Sent stjórn dags	Afgreitt dags
Athugasemdir:	Úrskurður	
	Greitt úr sjúkrasjóði	
Dags.	Samþykkt af stjórn sjúkrasjóðs (3 aðilar)	