



## Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

Ártámogatási Főosztály  
Telefon: (1) 298-2458 Fax: (1) 298-2457



### KÉRELEM<sup>1</sup> Gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági támogatásához

<b>Biztosított neve*:</b>		<b>TAJ száma*:</b>	
<b>Születési helye és ideje:</b>		<b>Lakcíme/levelezési címe*:</b>	
<b>Anyja neve:</b>		<b>Elérhetőség ( telefon/mobil/e-mail):</b>	
<b>Törvényes képviselő neve</b> (gondnok / intézeti elhelyezésnél kapcsolattartó) <sup>2</sup> :		<b>Törvényes képviselő címe:</b> (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével / Intézeti elhelyezésnél intézmény neve, címe)	
<b>Kapott-e korábban a kért eszközzel azonos funkciójú gyógyászati segédeszköze méltányossági jogcímen támogatást</b> <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
<b>ha igen, a gyógyászati segédeszköz megnevezése:</b>		<b>Eng.száma:</b>	

\* kötelezően kitöltendő adatok

Alulírott ..... (kérelmet benyújtó neve) azzal a kéréssel fordulok a Tisztelt NEAK-hoz, hogy a kezelőorvos által rendelt, a(z) ..... (egyedi gyártású eszköz esetén gyártó/forgalmazó megnevezése és címe) által gyártott ..... (eszköz neve/típusa) gyógyászati segédeszköz árához egyedi méltányosságból szíveskedjen támogatást nyújtani.

A kérelmezett gyógyászati segédeszköz kiadására megjelölt (a NEAK-kal vényelszámolási szerződéssel rendelkező) gyártó/forgalomba hozó/forgalmazó neve és címe:

.....

Indokaim a következők: .....

Dátum: ....., év hó nap

.....  
Aláírás (kérelmező)

<sup>1</sup> A nyomtatványt a biztosítottnak/kérelmet benyújtónak szükséges kitölteni

<sup>2</sup> Gondnokság/gyámság alá helyezett esetében a kirendelő határozat másolata csatolandó