



SØKNAD OM REFUSJON AV HELSEUTGIFTER

KONFEDENSIELT

Søknadsfrist: 1. juli i hvert studieår

Navn	Adresse:
Fødselsdato	
Telefonnummer:	e-post:
Studentnummer:	Kontonummer:
Studiested:	Studium og studiepoeng per studieår
Har du mottatt refusjon tidligere dette studieår	Utbetalt beløp:

HVA SØKER DU REFUSJON FOR?

Lege	Beløp:
Tannlege	Beløp:
Fysioterapeut/kiropraktor	Beløp:
Annen behandling	Beløp:
Transportutgifter, NB: Må dokumenteres av lege	Beløp:
SUM UTGIFTER	Beløp:
- Egenandel	Beløp: 2500,-
Refusjonsgrunnlag (fyller ut av Studentinord)	Beløp:

REFUSJON AV UTGIFTER TIL BRILLER (egen ordning). Utgifter til innfatning dekkes ikke.

Brilleglass	Beløp:
Synstest	Beløp:
Linser	Beløp:
SUM UTGIFTER	Beløp:
- Egenandel	Beløp: 2500,-
Refusjonsgrunnlag (fyller ut av Studentinord)	Beløp:

Obligatoriske vedlegg: Originale kvitteringer eller spesifisert regning med studentens navn, som viser at utgiften er betalt.

Sted og dato:	Underskrift:
---------------	--------------