

K é r e l e m
Rendszeres gyógyszer hozzájárulás megállapítására
I. SZEMÉLYI ADATOK

Megnevezés	Kérelmező	háztárs (élettárs)
Neve (születési név is)		
Anyja neve		
Születési hely, év, hó, nap		
Családi állapota		
Lakóhelye		
Tartózkodási helye		
Hajléktalan személy esetén a folyósítás helye		
TAJ száma		
Telefonszáma		
E-mail címe		
Bankszámlaszám (ha a folyósítást bankszámlára kéri)		
Folyószámla-vezető pénzintézet		

II. A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK ADATAI

	Név	Születési év, hó, nap	TAJ szám	Családi kapcsolat
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

III. A JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezem: **igen/nem** (a megfelelő aláhúzendő)

Alulírott kérem, hogy a fentiekben közölt adatok és a becsatolt igazolások, nyilatkozatok alapján rendszeres gyógyszer támogatásra való jogosultságomat szíveskedjenek megállapítani.

Büntetőjogi felelősségem tudatában k i j e l e n t e m, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

H o z z á j á r l o k a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához és kezeléséhez.

_____, 20 ____ év ____ hó ____ nap

kérelmező aláírása

IGAZOLÁS RENDSZERES GYÓGYSZER HOZZÁJÁRULÁSHOZ

(A háziorvos és a gyógyszerértár tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

a krónikus betegségeire tekintettel az alábbi vényköteles gyógyszereket szedi havi rendszerességgel:

Rendszeres gyógyszerköltségnek kell tekinteni a krónikus betegséggel összefüggő, havi rendszerességgel szedett, vényköteles gyógyszerek egy havi adagjának költségét. A rendszeres gyógyszer hozzájárulás megállapításánál nem vehetők figyelembe a krónikus betegséggel összefüggésben szedett, vény nélkül kapható, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények, a táplálékkiegészítők, a vitaminok és a gyógyászati segédeszközök.

A feltüntetett gyógyszerek árát a gyógyszerértár igazolja!

Gyógyszer		Gyógyszerértár tölti ki!	
Neve	Havi adagja	Ft	Gyógyszerértár pecsét, aláírás

Dátum:

Ph.

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe