

Graag ontvang ik vergoeding van onkosten voor\* (graag de weeknummers aangeven)

<input type="checkbox"/> C.A.P.D.	Weeknummer(s)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> C.C.P.D.	Weeknummer(s)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thuis hemodialyse 1-3 keer per week	Weeknummer(s)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thuis hemodialyse 4-5 keer per week	Weeknummer(s)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thuis hemodialyse 6-7 keer per week	Weeknummer(s)	<input type="text"/>

De bedragen voor onkostenvergoeding thuisdialyse

C.A.P.D.	€ 28,72 per week
C.C.P.D.	€ 40,38 per week
Thuis hemodialyse 1-3 keer per week	€ 45,86 per week
Thuis hemodialyse 4-5 keer per week	€ 73,53 per week
Thuis hemodialyse 6-7 keer per week	€ 96,09 per week

- Ik ben NIET opgenomen geweest in deze periode\*
- Ik ben WEL opgenomen geweest en dat was op de volgende dagen\*

<input type="text"/>	t/m	<input type="text"/>
<input type="text"/>	t/m	<input type="text"/>
<input type="text"/>	t/m	<input type="text"/>

\* aankruisen wat van toepassing is

Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode/woonplaats	<input type="text"/>
Verzekernummer	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Rekeningnummer	<input type="text"/>

Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld d.d.

Handtekening verzekerde: