

Företagets referensnummer för betalning (frivilligt)

Skicka blanketten till

Försäkringskassan
Box 83
374 22 Karlshamn

1. Uppgifter om anordnaren av företagshälsovård

Namn på företagshälsovården		Organisationsnummer	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Kontaktperson	Telefon	E-postadress	
<input type="checkbox"/> Anordnaren uppfyller kriterierna i 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (1977:1160)	Antal anställda hos arbetsgivare som är anslutna till företagshälsovården	<input type="checkbox"/> 1 januari	<input type="checkbox"/> 1 juli

2. Uppgifter om period och kostnader för medicinsk service

Total kostnad för perioden (kronor)		Specifikationen kan du lämna till exempel på ett papper eller ett USB.	
<input type="checkbox"/> Jag bifogar underlag som styrker kostnaderna och leverantörerna.			
Från och med (månad)	Till och med (månad)	Från och med (månad)	Till och med (månad)
–	–	–	–
Från och med (månad)	Till och med (månad)	Från och med (månad)	Till och med (månad)
–	–	–	–
Från och med (månad)	Till och med (månad)	Från och med (månad)	Till och med (månad)
–	–	–	–

3. Kontouppgifter

<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> PlusGiro
Clearingnummer kontonummer	Nummer	

5. Övriga upplysningar

--

6. Underskrift av anordnare

Jag intygar att uppgifterna som jag lämnat är riktiga och fullständiga. Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter.

Datum	Underskrift	Namnförtydligande

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.**Försäkringskassans anteckningar**

Konto	Kostnadsställe	Betalningsväg	Belopp att utbetala	Bokföringstext
	7104	SCR		Medicinsk service
Konto	Totalbelopp			
Handläggarens underskrift			Attestansvarigs underskrift	
Handläggarens namnförtydligande			Attestansvarigs namnförtydligande	