Försäkringskassan
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Ansökan

Ersättning för resekostnader till smittbärare

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Finns som **e-tjänst** på Mina sidor

1. Du som ansöker

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort

2. Vilka resor har du gjort för att få vård på grund av smittan?

Datum	Färdsätt ☐ Allmänna kommunikationer ☐ Taxi		**Kom ihåg att bifoga kvitto på resan**
Namn på sjukhus eller vårdenhet	☐ Egen bil	Färdväg till och från vårdgivaren —	Avstånd tur och retur kilometer
Datum	Färdsätt ☐ Allmänna kommunikationer ☐ Taxi		**Kom ihåg att bifoga kvitto på resan**
Namn på sjukhus eller vårdenhet	☐ Egen bil	Färdväg till och från vårdgivaren —	Avstånd tur och retur kilometer
Datum	Färdsätt ☐ Allmänna kommunikationer ☐ Taxi		**Kom ihåg att bifoga kvitto på resan**
Namn på sjukhus eller vårdenhet	☐ Egen bil	Färdväg till och från vårdgivaren —	Avstånd tur och retur kilometer

Om du har gjort fler resor kan du lämna uppgifter om dem under punkt 5 Övriga upplysningar eller i en bilaga.

3. Kontouppgifter

Anmäl ditt konto till oss

Det snabbaste och säkraste sättet att få utbetalningar från Försäkringskassan är att anmäla ett bankkonto där vi kan sätta in pengarna. Kontot måste vara ditt eget. Om du har e-legitimation (BankID) kan du anmäla ditt konto via Mina sidor. Om du saknar möjlighet att anmäla konto via Mina sidor kan du använda blanketten Anmälan om konto (5605).

4. Vilka bilagor skickar du med?

☐ Kvitton på resor med allmänna kommunikationer eller taxi ☐ Kvitton på sjukvårdsbesök ☐ Annat:_____	**Om du har rest med allmänna kommunikationer eller taxi måste du bifoga kvitton på resorna.** **Du måste alltid bifoga kvitton som visar att sjukvårds-besöket gäller vård enligt smittskyddslagen.**

75510102
FK7551(007 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

5. Övriga upplysningar

	☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga

6. Underskrift

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar 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, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.

Datum	Namnteckning	Telefon

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

75510202

FK7551(007 F 002) Fastställd av Försäkringskassan