



Voit lähettää hakemuksen ja liitteet myös
OmaKelassa: www.kela.fi.



Postita hakemus ja liitteet osoitteeseen
Kela, PL 10, 00056 KELA.

- i** Jos et ole aiemmin hakenut Kelan etuuksia ja olet muuttanut Suomeen, täytä lisäksi lomake Y 77.
Jos olet lähdössä ulkomaille, täytä lisäksi lomake Y 38.
Jos olet julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa, et voi saada korvausta tänä aikana syntyneistä sairaanhoidon kustannuksista.
Hae matkakustannuksista korvausta OmaKelassa: www.kela.fi tai lomakkeella SV 4 (Hakemus – Matkakorvaus).
Hae ulkomailta syntyneistä sairaanhoidon kustannuksista korvausta lomakkeella SV 128 (Hakemus – Ulkomailta syntyneet sairaanhoitokustannukset).
Hae Suomessa syntyneistä lääkekustannuksista korvausta lomakkeella SV 178 (Hakemus – Suomessa syntyneet lääkekustannukset).

Hakuaika: Hae korvausta 6 kuukauden kuluessa sairaanhoidon kustannusten maksamisesta.

1. Hakijan tiedot

- i** Henkilö, jonka kustannuksista korvausta haetaan.

Henkilötunnus

Sukunimi ja etunimi

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite

- i** Osoitetiedot Kela saa väestötietojärjestelmästä.

2. Tilinumero

- i** Jos pankkitili on ulkomailta, ilmoita myös BIC-tunnus. Jos valtuutat toisen henkilön tai työnantajasi saamaan korvauksen sairaanhoitokustannuksistasi, ilmoita valtuutetun tilinumero kohdassa 6.

3. Kustannusten syntyminen

- i** Voit hakea korvausta sairaanhoidon kustannuksista, kun käyt yksityisessä terveydenhuollossa sairauden, raskauden, synnytyksen tai hammashoidon vuoksi.

Tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä voit saada korvausta vain, jos ne liittyvät hedelmöityshoitoon tai mielenterveyden tai suun terveyden hoitoon. Voit saada korvausta, jos tutkimuksen ja hoidon on määrännyt naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, psykiatrian erikoislääkäri, hammaslääkäri, erikoishammaslääkäri tai suu- ja leukakirurgian erikoislääkäri. Psykologin tutkimukset korvataan, jos tutkimuksiin on lääkärin määräys.

Mistä kustannukset ovat aiheutuneet?

- ☐ Sairaudesta, raskaudesta, synnytyksestä tai hammashoidosta
☐ Liikennevahingosta
☐ Ammattitaudista tai työtapaturmasta

- i** Jos kustannukset ovat aiheutuneet liikennevahingosta, ammattitaudista tai työtapaturmasta, ilmoita asiaa hoitavan vakuutusyhtiön nimi. Täytä myös lomake SV 143 (Selvitys tapaturmasta).

Vakuutusyhtiön nimi _____

4. Liitteet

- i** Hoitokäynnit suuhygienistillä voidaan korvata ilman hammaslääkärin määräystä enintään 2 kertaa kalenterivuodessa.
Fysioterapeutin antamaa fysioterapiaa korvataan ilman lääkärin määräystä enintään 4 kertaa kalenterivuodessa.
Fysioterapian kustannuksista ei makseta Kela-korvausta 4 käyntikerran jälkeen, vaikka hoitoon olisi lääkärin määräys.
Liitä hakemukseen hoitopaikasta saamasi selvitykset ja tutkimus- ja hoitomääräykset.

- ☐ Selvitys lääkärin antamasta hoidosta ja perityistä palkkioista
- ☐ Selvitys naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin antamasta hedelmöityshoidosta ja perityistä palkkioista
- ☐ Selvitys hammaslääkärin / erikoishammaslääkärin antamasta hoidosta ja perityistä palkkioista
- ☐ Naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin (SV 3H), psykiatrian erikoislääkärin, hammaslääkärin, erikoishammaslääkärin tai suu- ja leukakirurgian erikoislääkärin (SV 3 tai SV 3SHM) tutkimus- ja hoitomääräykset ja selvitykset määräysten perusteella annetusta hoidosta
- ☐ Selvitys suuhygienistin antamasta hoidosta ja perityistä palkkioista, ei hammaslääkärin määräystä
- ☐ Selvitys fysioterapeutin antamasta hoidosta ja perityistä palkkioista

- i** Jos tarvitset liitteistä kopiot, ota ne itse ennen kuin toimitat hakemuksen Kelaan tai työpaikkakassaan.

5. Allekirjoitus

- i** Hakemuksen voi allekirjoittaa hakija, hänen huoltajansa, edunvalvojansa tai lähiomaisensa tai muu hakijasta pääasiallisesti huolehtiva henkilö.

Vakuutan, että antamani tiedot ovat oikein.

Paikka ja aika

Allekirjoitus, nimenselvennys ja allekirjoittajan puhelinnumero

6. Valtakirja

Valtuutan alla mainitsemani henkilön tai työnantajan saamaan minulle myönnettävän korvauksen.

Valtuutetun henkilön nimi ja henkilötunnus tai työnantajan nimi ja Y-tunnus

Valtuutetun henkilön tai työnantajan osoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Valtuutetun henkilön tai työnantajan tilinumero

Työnantajan edustajan nimi ja puhelinnumero

Paikka ja aika

Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

