

**Haen maksusitoumusta oheisiin lääkkeisiin, jotka on määrätty**

työtapaturman/ammattitaudin vuoksi korvatus vamma tai sairausni hoitoon

sotilastapaturman/palvelussairaudeu vuoksi korvatus vamma tai sairausni hoitoon

<b>HAKIJAN TIEDOT</b>	Sukunimi	Henkilötunnus
	Etunimet	Puhelin

Vahinkonumero

Minkä vamman tai sairaudeu hoitoon

<b>KORVAT- TAVA LÄÄKE</b>	Lääkkeen nimi	Reseptin päivämäärä	Hoitava lääkäri ja hoitopaikka

Muuta lisätietoa tarvittaessa

Hakemus toimitetaan Valtiokonttoriin:

[turvapostilla](#) (vaatii kirjautumisen)

tai [Kansalaisen asiointiin kautta](#)

tai postitse Valtiokonttori, Kansalaispalvelut, PL 200, 00054 VALTIOKONTTORI