

## Umsókn um endurgreiðslu innlends sjúkrakostnaðar / Application for reimbursement of domestic medical cost

1. Nafn sjúklings / Patient's name		2. Kennitala / ID number
3. Lögheimili / Residence in Iceland	4. Póstnúmer / Postal code	5. Sveitarfélag / Place
6. Sími / Phone	7. Netfang / Email (Prentstafir / Uppercase letters)	

**\*Leggja þarf fram reikninga ásamt greiðslukvittunum**  
**\*Medical bills and receipt of payment must be submitted with the application.**

Ef þjónustuvegi er barn yngra en 18 ára fær forsjáraðili endurgreiðsluna.  
If the patient is a child under 18 years old, then the child's guardian will receive the reimbursement.

8. Nafn / Name	9. Kennitala / ID number
10. Lögheimili, póstnúmer og sveitarfélag / Residence, Postal code, Place	
11. Bankaupplýsingar / Bank information	
Banki	hb. Reikningsnúmer / Account number

**Með undirskrift sinni veitir umsækjandi Sjúkratryggingum heimild til að afla nauðsynlegra upplýsinga frá Þjóðskrá, tryggingarfélögum og skattayfirvöldum/**  
**By his signature, the applicant gives Iceland Health authority to obtain the necessary information from the National Registry, insurance companies and tax authorities.**

12. Staður og dagsetning/Place and date	13. Undirskrift / Signature
---	-----------------------------

**Umsækjandi ber ábyrgð á að upplýsingar séu sannar og réttar, sbr. 4. mgr. 34. gr. laga nr. 112/2008. Ófullnægjandi eða röng upplýsingagjöf getur haft í för með sér endurkröfurétt af hálfu Sjúkratrygginga sem og greiðslu dráttavaxta, sbr. 34. og 37. gr. laga nr. 112/2008.**

**The applicant is responsible for ensuring that the information is true and correct, cf. Paragraph 4 Article 34 Act no. 112/2008. Inadequate or incorrect disclosure can result in a reimbursement claim by Iceland Health as well as the payment of penalty interest, cf. Articles 34 and 37. Act no. 112/2008.**