



Rechnung

Rechnungsdatum

Versicherte Person

Name, Vorname

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person)

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Abrechnung

NIF (wird nach erster Rechnungsstellung zugeteilt)

Mitteilungs- / Verfügungsnummer

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller)

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber

| Datum der erbrachten Leistung oder Abrechnungsperiode (bei Pauschalen) | Bezeichnung der abgerechneten Leistung | Anzahl | Tarifiziffer | Ansatz oder Taxpunkte | Betrag in CHF |
|--|--|--------|--------------|-----------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Total in CHF

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

Originalrechnungen, Rezepte oder Verordnungen sind dieser Rechnung beizulegen.

Visum der IV-Stelle:

Bemerkungen/Ergänzungen
