

Rechnung

IV-Stellennummer 1	Datum der Rechnung 2	Rechnungsnummer 3	Belegnummer 4	Versichertennummer 5
--------------------	----------------------	-------------------	---------------	----------------------

Versicherte(r): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort 6		Adresse der IV-Stelle 7		
NIF 8	Postkonto 9	Postkonto der Drittstelle 10	Bankkonto der Drittstelle 11	
Rechnungssteller: Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort 12		Name und Sitz der Drittstelle (z.B. Bank) 13		

Datum der Leistungen 14	Leistungen 15	Anzahl 16	Tarifpos. od. Code 17	Betrag od. Taxpunkte 18	Betrag 19

Total 20

Visum der IV-Stelle 21	Allfällige Bemerkungen 22	Verfügungsnummer 23
------------------------	---------------------------	---------------------

Zur Beachtung

Bitte diese Rechnung klar und deutlich ausfüllen. Die Verarbeitung wird dadurch vereinfacht und die Bezahlung beschleunigt.

Rechnungen für Eingliederungsmassnahmen können von der IV-Stelle nur **dann zur Auszahlung** an die Zentrale Ausgleichsstelle weitergeleitet werden, **wenn sie folgende Angaben enthalten** :

- Nummer des/der Versicherten (Feld 5)
- Datum der Verfügung oder Mitteilung (Es können keine Rechnungen entgegengenommen werden für Leistungen, für welche noch keine Verfügung oder Mitteilung vorliegt) (23)
- Die durch die Zentrale Ausgleichsstelle, 1211 Genf 28, zugeteilte NIF-Nummer (8)
- Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten (6)
- Name, Vorname (bzw. Firma) und Adresse des Rechnungsstellers/der Rechnungsstellerin (12)
- Genaue Umschreibung der Leistungen, (15)

Bei Apothekerrechnungen :

- – Die Medikamente sind einzeln anzugeben (15)
- – Die Arztrezepte sind beizufügen
- – Vermerk « Betrifft IV » auf dem Rezept

Bei Brillen :

- – Empfangsbestätigung
- – Brillenrezept des Arztes

Bei Physiotherapie :

- – Anweisung des Arztes/der Ärztin mit Vermerk « Betrifft IV »

Bei Rückerstattung von Auslagen :

- – Originalbelege beifügen
- – Totalbetrag (bei fremder Währung ist die Währungsart ausdrücklich zu bezeichnen) (20)

Wird die Zahlung an eine Drittstelle gewünscht :

- Name und Sitz der Drittstelle (13)
- Nummer des Kontos bei der Drittstelle (11)
- Postkonto der Drittstelle (10)

Folgende Formulare sind zu verwenden :

- 318.632.1. für Reisekosten
- 318.632.2. für Pflegebeiträge an hilflose Minderjährige
- 318.632.3. für die Hauspflegekosten
- 318.631. für Arzt/Zahnarztrechnung betr. ärztliche/zahnärztliche Leistungen