



Lisätietoja:
www.kela.fi/tyoterveys/palveluntuottaja



Täytä lomake huolellisesti ja varmista, että kaikki tarvittavat liitteet (SV 111 TTH tai SV 113 TTH) ovat mukana.

Toimita lomake ja liitteet tilityksen käsittelypaikkaan.

Käsittelypaikkojen yhteystiedot löydät:
www.kela.fi/tyoterveys/yhteystiedot

Jos tarvitsemme lisätietoja, otamme yhteyttä.

📘 Tällä lomakkeella työterveyshuollon palveluntuottaja hakee korvausta yrittäjille tai maatalousyrittäjille antamistaan työterveyshuollon palveluista.

- Tilityksen voi tehdä terveyskeskus tai Kelan kanssa sopimuksen tilitysmenettelystä tehnyt yksityinen työterveyshuollon palveluntuottaja.
- Ilmoita **eri tilityksinä** selvityslomakkeiden SV 111 TTH tai SV 113 TTH tiedot. Liitä yhteen tilitykseen enintään 25 erillistä selvityslomaketta.
- Ilmoita eri kalenterivuosille jakautuvat kustannukset omina tilityksinään.

Hakuaika: 6 kuukautta työterveyshuoltopalvelujen antamisesta

Tilitystunnus – **Kela täyttää**

1. Tilityksen tiedot

Tilitys koskee

yrittäjille tai maatalousyrittäjille annettuja työterveyshuoltopalveluita (SV 111 TTH)

tai

maatalousyrittäjille tehtyjä tilakäyntejä, toimintasuunnitelman laatimista tai tarkistamista ja työolosuhdehaastatteluita (SV 113 TTH)

Tilitys sisältää selvityslomakkeita _____ kappaletta

Haettava korvaus yhteensä _____ euroa

2. Tilittäjän tiedot

📘 Terveyskeskuksen tai Kelan kanssa sopimuksen tilitysmenettelystä tehneen yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajan tiedot.

Tilittävän yksikön nimi

Osoite

Postinumero

Postitoimipaikka

3. Tilinumero

 Tilinumero, johon korvaus halutaan maksettavaksi.

Ilmoita halutessasi

viitenumero _____

tai

viestitieto _____

4. Tilityksen sisällöstä vastaava yhteyshenkilö

 Henkilö, jolta voi kysyä lisätietoja tässä tilityksessä annetuista tiedoista.


Nimi _____

Sähköpostiosoite _____

Puhelinnumero _____

Toivottu yhteydenottoaika ja -tapa _____

5. Tilityspäätöksen saajan yhteystiedot

 Yhteystiedot, johon tilityspäätös halutaan.

Päätöksen saajan nimi _____

Päätöksen saajan osoite _____

Postinumero _____

Postitoimipaikka _____

6. Lisätietoja

 Merkitse numerolla, mihin lomakkeen kohtaan viittaa.

7. Allekirjoitus

 Tilityksen voi allekirjoittaa terveyskeskuksen edustaja tai Kelan kanssa sopimuksen tilitysmenettelystä tehneen yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajan edustaja.

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja ilmoitan Kelaan, jos ne muuttuvat.

Päiväys _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys _____