



Lisätietoja  
[www.kela.fi/tyoterveys/palveluntuottaja](http://www.kela.fi/tyoterveys/palveluntuottaja)



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

Toimita tilityslomake ja sen liitteet tilityksen käsittelypaikkaan. Käsittelypaikkojen yhteystiedot löydät [www.kela.fi/tyoterveys/yhteystiedot](http://www.kela.fi/tyoterveys/yhteystiedot)

Jos tarvitsemme lisätietoja, otamme yhteyttä.

**i Tällä tilityslomakkeella 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

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

Tilittävän yksikön nimi

Osoite

Postinumero

Postitoimipaikka

**Ilmoita myös ostopalveluna järjestetyn työterveyshuollon palveluntuottajan tiedot, jos ne eivät ole samat kuin tilittäjän tiedot.**


Työterveyshuollon palveluntuottaja

Toimipaikan 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 tilityslomakkeen kohtaan viittaat.

### 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 \_\_\_\_\_