

vom Versicherten auszufüllen



An die
Versicherungsanstalt

Bezeichnung der Krankenkasse

Straße	Nr.	Postleitzahl	Ort
--------	-----	--------------	-----

Betrifft: Antrag auf Rückerstattung der Kosten beiliegender Honorarnote.

Als Versicherter: _____

Name	Vorname	Versicherungsnummer
------	---------	---------------------

Adresse: _____

Straße	Nr.	Postleitzahl	Ort
--------	-----	--------------	-----

Tel.: _____ stelle ich den Antrag, mir bzw. meinem mitversicherten

Angehörigen: _____ geb.: _____

Name	Vorname
------	---------

Verwandtschaftsverhältnis: _____

für die beiliegende saldierte Honorarnote den gebührenden Ersatz der Behandlungskosten zu leisten.

Die Überweisung des Kostenersatzes wird erbeten auf Konto Nr. _____

Bei der _____

Datum

Unterschrift des Versicherten

Vermerke der Versicherungsanstalt: