

vom Versicherten auszufüllen:

An die Versicherungsanstalt

Bezeichnung der Krankenkasse

Adresse

Betrifft: Antrag auf Rückerstattung der Kosten beiliegender Honorarnote

Als Versicherter ...

Name, Versicherungsnummer

Adresse

Telefonnummer

... stelle ich den Antrag, mir bzw. meinem Mitversicherten ...

Angehörigen

geb.

Verwandtschaftsverhältnis

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

Die Überweisung des Kostenersatzes wird erbeten auf Konto Nr.

Konto-Nr.:	BLZ:	Bank:
------------	------	-------

Datum Unterschrift des Versicherten

Vermerke der Versicherungsanstalt: