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: