

Anschrift Krankenkasse:

Erstattungsantrag gemäß Satzungsleistung

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte erstatten Sie die beigefügte(n) Rechnung(en) auf folgendes Konto:

Bankverbindung	
Kontoinhaber	
Bank	
IBAN	DE
Abweichender Kontoinhaber	

Angaben Versicherte/r	
Versicherungsnummer	
Vorname, Nachname	
Adresse	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Datum und Unterschrift

Anlagen

- Ärztliche Verordnung (z. B. grünes Rezept, Privatrezept)
- Originalrechnung der Apotheke