

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: