

Anschrift der Krankenkasse

Erstattungsantrag gemäß Satzungsleistung

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte erstatten Sie die beigefügte(n) Rechnung(en) auf nachfolgendes Konto:

Bankverbindung

Kontoinhaber	
Bank	
IBAN	DE
Abweichender Kontoinhaber	

Angaben Versicherter

Versicherungsnummer	
Vorname, Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Datum / Unterschrift

Anlagen:

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