

Versicherung:

Adresse:

— Versicherte(r): .....

Soz. Vers. Nr.: .....

Patient(in): .....

Soz. Vers. Nr.: .....

Adresse: .....

.....

Ich ersuche um Rückerstattung der Behandlungskosten.

Überweisung auf mein Konto:

Geldinstitut: .....

Bankleitzahl: .....

Kontonummer: .....

Auszahlung per Post auf meine Adresse:

.....

.....

Mit freundlichen Grüßen

— Beilagen:     bewilligte Verordnung     Originalrechnung     Einzahlungsbeleg