An

[Adresse des Versicherungsträgers]

**ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG**

**Angabe zu/r PatientIn**

Versicherungsnummer: ……………………………………………………………

Vorname: ……………………………………………………………

Nachname: ……………………………………………………………

Adresse: ……………………………………………………………

PLZ/Ort: ……………………………………………………………

**Angabe zum/r Versicherten bzw. zum/r AntragstellerIn**

Versicherungsnummer: ……………………………………………………………

Vorname: ……………………………………………………………

Nachname: ……………………………………………………………

Adresse: ……………………………………………………………

PLZ/Ort: ……………………………………………………………

**Angaben zur Bankverbindung**

IBAN: ……………………………………………………………

Name des Kreditinstitutes: ……………………………………………………………

BIC (nur bei internationalen Bankverbindungen): ..………………………………………………..

Bitte um Refundierung des Kostenzuschusses auf meine o.a. Bankverbindung.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

Ort, Datum: …………………………..

Beilage:

Rechnungsbeleg(e) der Behandlungskosten