Name und Adresse Ihrer Krankenkasse

Erstattungsantrag gemäß Satzungsleistung

Liebes Krankenkassen-Team,
bitte erstatten Sie die beiliegende Rechnung auf nachfolgendes Konto:

Bankverbindung

Kontoinhaber

Name der Bank

D E

IBAN

BIC

Meine Daten

Versichertennummer

Vor- & Nachname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon (optional)

E-Mail (optional)

Anlagen:

- ☐ Grünes Rezept bzw. Privatrezept
- ☐ Kassenbeleg / Rechnung der Apotheke