

**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:**