

Antrag auf Kostenerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Als Versicherte/r Ihrer Anstalt reiche ich beiliegende Privathonorarnote zur Kostenerstattung ein und ersuche Sie höflichst um Überweisung des mir zustehenden Kostenersatzes für ärztliche Leistungen auf unten angeführte Bankverbindung.

PatientIn:

Name Vorname

SV-Nummer Geburtsdatum

Versicherte/r ident mit PatientIn

Versicherte/r nicht ident mit PatientIn

Versicherte/r:

Name Vorname

SV-Nummer Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ Ort

Geldinstitut

IBAN

BIC

Beilagen:

- Original Honorarnote
- Nachweis über die erfolgte Zahlung

Mit freundlichen Grüßen,

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient