Name der Versicherungsanstalt
Abteilung Kostenerstattung
Adresse
Postleitzahl, Ort

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

für Wahlarzthilfe

Patient/in	Familien- oder Nachname	Vorname	Versicherungs-Nr./Geb.-Datum
Versicherte/r			Versicherungs-Nr./Geb.-Datum
Anschrift	Anschrift PLZ, Ort		Tel.-Nr. E-Mail
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)			
IBAN:			BIC:

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich umseitige Honorarnote zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein Konto.

Mit freundlichen Grüßen,

(Unterschrift des Versicherten)

(Datum, Ort)