

Familienname: _____ Vorname: _____ Vers-Nr. Geburtsdatum
Patient _____

Anschrift _____ Vers-Nr. Geburtsdatum

Versicherter _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

An die

.....
.....
.....

Graz,

Antrag auf Kostenrückerstattung

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

Konto-Nr. _____

BLZ _____

bei der _____

(Geldinstitut)

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift des Versicherten)