

Anschrift der Krankenkasse	Anschrift der Patientin / des Patienten
----------------------------	---

Kostenerstattung im Rahmen von Satzungsleistungen (rezeptfreie Arzneimittel)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte erstatten Sie die beigefügten Rechnungen auf folgendes Konto:

Bankname: _____

IBAN: DE _____

Abweichender Kontoinhaber

Vorname: _____

Name: _____

Sonstige Mitteilungen:

Telefonische Erreichbarkeit tagsüber unter Tel. Nr. _____

Datum

Unterschrift

Anlagen

- Ärztliche Verordnung (z. B. Grünes Rezept, Privatrezept)
- Originalrechnung der Apotheke