

An die zuständige Gesundheitskasse

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

Betreff: Kostenrückerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich bitte um Rückerstattung der Behandlungskosten auf das angeführte Konto.

Name:

Geb.datum:

Vers.Nr:

IBAN:

BIC:

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift