

Salzburger Gebietskrankenkasse
Engelbert-Weiß-Weg 10
A-5020 Salzburg

Datum:

ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG DER TEILKOSTEN

Als Versicherte/r Ihrer Anstalt, reiche ich die beiliegende Rechnung zur Teilkostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf folgendes Konto:

Name der versicherten Person:

Sozialversicherungsnummer:

Adresse:

Kontoinhaber:

Bankname:

IBAN:

BIC:

Danke, mit freundlichen Grüßen,