

Steiermärkische Gebietskrankenkasse  
Josef-Pongratz-Platz 1  
A-8010 Graz

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,