

Antrag um Kostenrückerstattung

Bewilligte externe Therapie

Name, Vorname Kind: _____

Wohnadresse: _____

Therapiebewilligung von/bis: _____

Rechnungsdatum: _____

Name Therapeut/Arzt: _____

Adresse Therapeut/Arzt: _____

Kostenrückerstattung an

Finanzdienstleister: _____

IBAN: _____

Konto lautend auf: _____

Dem Antrag sind zwingend beizulegen

- Kopie der Therapierechnung
- Zahlungsnachweis (Finanzdienstleister)
- Leistungsabrechnung der Krankenkasse

Datum: _____ Unterschrift: _____