

# ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG/KOSTENZUSCHUSS

für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung

Ich,	_____ Ort, Datum
_____ Vorname	_____ Zuname
_____ Geburtsdatum	_____ Sozialversicherungsnummer (10-stellig)
_____ ggf. Name Hauptversicherte:r	_____ ggf. SV-Nummer Hauptversicherte:r

habe für Zahnbehandlungen/Zahnersatz/Kieferregulierung (Behandlungsposten siehe angeschlossener Honorarnote) einen Betrag in Höhe des beigefügten Rechnungsbelegs bezahlt und ersuche um Überweisung des Erstattungsbetrags auf nachfolgende Kontoverbindung:

_____ IBAN	_____ BIC
_____ Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin	_____ Unterschrift Kontoinhaber:in

Diesem Antrag **beigefügt** sind

- Honorarnote über die erbrachte zahnmedizinische Leistung
- Beleg über die erfolgte Zahlung des Patienten/der Patientin

_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift Versicherte:r
--------------	----------------	-------------------------------------