

Kärntner Gebietskrankenkasse
Kempferstraße 8
9021 Klagenfurt

Fax: 0505 855 2541

Datum: _____

Antrag auf Teilkostenrückerstattung

Ich ersuche um Teilerstattung der Behandlungskosten auf mein u.a. Konto:

Familienname:	
Vorname:	
Versicherungsnummer:	
Straße/Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Bankname:	
IBAN:	
BIC:	

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

Originalrechnung

Ärztliche Verordnung

Bewilligung

Zahlungsbeleg