

Antrag auf Übernahme von Kosten

1. Personendaten

Sozialversicherungsnummer

Familienname, Vorname

Wohnadresse (Straße, Hausnummer, Stiege/Stock/Tür, PLZ, Ort)

Telefonnummer

2. Antragsdaten

Versicherungsfall

Arbeitsunfall Berufskrankheit Dienstbeschädigung vom

Aktenzeichen:

1. Behandlungskosten

Art der Behandlung/Therapie

Name und Adresse der Ärztin/des Arztes bzw. Therapeutin/Therapeut Behandlungszeitraum von/bis

2. Selbstbehalte (Behandlungsbeiträge)

Beschreibung des gewünschten Kostenersatzes

3. Fahrt- bzw. Transportkosten

Beschreibung des gewünschten Kostenersatzes

4. Sonstige Kosten

Beschreibung des gewünschten Kostenersatzes

5. Bankverbindung

Zahlungsempfänger (Familienname, Vorname)

Bankname, IBAN

6. Sonstige Anmerkungen

Ich habe die Kosten beim Krankenversicherungsträger eingereicht: ja nein

Bitte alle zweckdienlichen Unterlagen beilegen!

(z. B. Rechnungen, Zahlungsbestätigungen, Nachweise über Kostenerstattungen der Krankenversicherung, Verordnungen und dergleichen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift