

Zurück an:

BKK ZF & Partner
Postfach 11 80
88001 Friedrichshafen



BKK ZF & Partner

Partner für Ihre Gesundheit



Erstattungsantrag

Name, Vorname, Geburtstag und KV-Nr. des Mitglieds

Name, Vorname, Geburtstag und KV-Nr. des Angehörigen

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte erstatten Sie mir die beiliegenden Rechnungen über den Eigenanteil der kieferorthopädischen Behandlung auf folgendes Konto:

IBAN

Kontoinhaber (falls nicht mit Mitglied identisch)

Geldinstitut

BIC

Die Rechnungen und ggf. die Laborkostenrechnungen sind beigelegt.

Die Behandlung wurde am _____ beendet.

Stand in demselben Zeitraum ein weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

* Nein

* Ja, _____

Name, Vorname, Geburtstag

Datum

Unterschrift

Telefon-Nr. (tagsüber)

Anlagen

* Zutreffendes bitte ankreuzen