

# ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG/KOSTENZUSCHUSS

für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Ich,

\_\_\_\_\_  
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

Sollte mein Antrag abgelehnt werden, ersuche ich um bescheidmäßige Ausfertigung der Ablehnung.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte:r