

**Salzburger Gebietskrankenkasse**  
Abt. 15/AGR 152-Wahlärzte  
Postfach 20  
Faberstr. 19-23  
5024 Salzburg

## **Antrag auf Kostenerstattung**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich ersuche Sie höflichst um Überweisung des mir zustehenden Kostenersatzes für ärztliche Leistungen laut beigefügter Honorarnote.

Versicherter: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Angehöriger: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Beilagen:

- Original Honorarnote (Sie bekommen diese nicht mehr zurück, fertigen Sie sich deshalb sicherheitshalber vorher eine Kopie an!)
- Kopie des eingezahlten Erlagscheines oder Zahlungsbestätigung

Mit freundlichen Grüßen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift