

▶ ERSTATTUNGSANTRAG DER EIGENANTEILE FÜR DIE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich/beantragen wir die Erstattung der Eigenanteile aus der kieferorthopädischen Behandlung.
Die Erstattung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Bankdaten	
Name des Geldinstituts	BIC
Kontoinhaber	IBAN
Name des behandelten Kindes	Krankenversicherungsnummer
Vater des Kindes	Mutter des Kindes
Angaben zum Familienstand der Eltern	
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden* <input type="checkbox"/> getrennt lebend*	
Die Eigenanteile wurden bezahlt von:	
<input type="checkbox"/> Mutter und Vater <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/>	
Durch die Unterschrift wird bestätigt, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass falsche Angaben gemacht wurden, sind Sie verpflichtet, die bereits erstatteten Beträge an die Heimat Krankenkasse zurück zu zahlen.	
Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten	

* Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist die Unterschrift beider Eltern auf diesem Antrag zwingend erforderlich.

Wichtig: Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen bei:

- ▶ Eigenanteilsrechnungen des Kieferorthopäden
- ▶ Abschlussbescheinigung des Kieferorthopäden