

**BKK Melitta Plus
Marienstraße 122
32425 Minden**

Erstattungsantrag

Name, Vorname, Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Erstattung der beiliegenden Rechnung(en) über den Eigenanteil der kieferorthopädischen Behandlung.

Bank/Geldinstitut	Kontoinhaber
-------------------	--------------

IBAN	BIC
------	-----

Die Rechnung(en) und gegebenenfalls die Laborkostenrechnung(en) sind beigelegt.

Die Behandlung wurde am beendet.

Stand in demselben Zeitraum ein weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

()* Nein

()* Ja, _____
Name, Vorname, Geburtstag

Datum

Unterschrift

Tagsüber telefonisch zu erreichen

Anlage

*Zutreffendes bitte ankreuzen