

## Rückerstattungsformular für Patienten/innen

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

An die  
OÖ Gebietskrankenkasse  
Wahlarzthilfe  
Gruberstraße 77  
4020 Linz

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich ersuche um Überweisung des Kostenersatzes laut Einzahlungsbeleg und beigelegter Original – Honorarnote, sowie um eine detaillierte Kostenaufschlüsselung.

### Meine Bankverbindung:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Beilagen: Original Honorarnote  
Zahlungsbeleg der Bank bzw. Rechnungsbeleg