

Adresse Ihrer Krankenkasse:

Anrede: _____

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Antrag auf Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente

Sehr geehrte Damen und Herren,
mir _____ wurden von einem Heilpraktiker nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auf dem Grünen Rezept verordnet, welche ich in der Apotheke gekauft habe.

Hiermit möchte ich Sie um die Erstattung der mir angefallenen Kosten unter Beachtung der zugrundeliegenden Satzleistungen bitten.

Die Apothekenrechnung sowie das Rezept habe ich im Original beigelegt. Bitte überweisen Sie den Betrag auf nachfolgendes Konto:

IBAN: _____

BIC: _____

Name des Kreditinstituts: _____

Name Kontoinhaber: _____

Vielen Dank im Voraus.
Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Grünes Rezept und Apothekenrechnung