

Absender

NAME

Strasse

PLZ/ Ort

AOK – Gesundheitskasse in Hessen
Orga-Nr.: 21610
64520 Groß-Gerau

Antrag auf Erstattung der Eigenanteile zur Kieferorthopädischen Behandlung von

Vorname Name des/der Versicherten

KV-Nummer

Die Eigenanteile sollen erstattet werden an (Rechnungen bitte beifügen)

die Mutter den Vater einen anderen Empfänger

Name, Vorname

KV-Nummer – wenn vorhanden

Anschrift

Telefon tagsüber*

Bankverbindung

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Kreditinstitut

Zur Information: Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist stets die Unterschrift beider Eltern in diesem Antrag erforderlich.

Datum, Unterschrift 1. Elternteil.

Datum Unterschrift weiteres Elternteil bzw. Empfänger

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.