

An die
Kärntner Gebiets-
krankenkasse
Kempferstraße 8
9021 Klagenfurt

Betreff: Kostenrückerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich bitte um Rückerstattung der Behandlungskosten auf das angeführte Konto.

Name:	
geb.:	
Versicherungsnr.:	
Kto. Nr.:	
BLZ:	

Besten Dank im Voraus.

Hochachtungsvoll