

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.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Name:</b>             |  |
| <b>geb.:</b>             |  |
| <b>Versicherungsnr.:</b> |  |
| <b>Kto. Nr.:</b>         |  |
| <b>BLZ:</b>              |  |

Besten Dank im Voraus.

Hochachtungsvoll