

Rückerstattung Selbstbehalt Physiotherapie

Antragsteller*in: _____

Rechnungsbetrag: _____

Beitrag der Krankenkasse: _____

Unterstützung € 10.- / Termin* _____

Überweisung auf Konto IBAN: _____

Kontoinhaber*in: _____

Datum, Unterschrift

- Beilagen:
- a) Rechnungskopie samt Zahlungsbestätigung
 - b) Bestätigung der Rückvergütung von der Krankenkasse

* Mit Vorbehalt und Deckelung pro Schüler*in pro Jahr