

## Rückerstattung Selbstbehalt Physiotherapie

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Rechnungsbetrag: \_\_\_\_\_

Beitrag der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Unterstützung € 10.- / Termin\* \_\_\_\_\_

Überweisung auf Konto IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

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

\* Mit Vorbehalt und Deckelung pro Schüler pro Jahr