

---

Name, Vorname des Versicherten

---

Versicherungsnummer

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Kostenerstattung für das pflanzliche Arzneimittel **Bromelain-POS®**.

Beigefügt finden Sie:

- Das Original der ärztlichen Verordnung
- Die Originalrechnung der Apotheke

Bitte überweisen Sie den Betrag an:

---

Name des Kontoinhabers

---

IBAN

---

BIC

---

Kreditinstitut

Mit freundlichen Grüßen

---

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten