



Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Antrag auf Auszahlung eines Rezeptgebührenguthabens

An die

Aufgrund der Bestimmungen des dritten Teiles der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr beantrage ich die Auszahlung eines Rezeptgebührenguthabens:

Name der/des Versicherten	Versicherungsnummer/Geburtsdatum
Adresse	

Bitte überweisen Sie das Guthaben an folgende Bankverbindung:

IBAN	
BIC	Kontoinhaber/in

.....
Datum

.....
Unterschrift

INFORMATION FÜR DIE ANTRAGSTELLERIN/DEN ANTRAGSTELLER

Eine Rückzahlung von Rezeptgebühren, durch deren Zahlung in einem Kalenderjahr die Obergrenze überschritten wurde, kann auf Antrag der Versicherten/des Versicherten frühestens ab dem zweitfolgenden Kalenderjahr erfolgen, **sofern diese Rezeptgebühren nicht bereits in einem nachfolgenden Kalenderjahr für die Erreichung der Rezeptgebührenobergrenze berücksichtigt wurden.**