*[Vorname] [Nachname]
[Straße]
[Postleitzahl & Ort]*

[Aktueller Ort + aktuelles Datum]

[Name der Versicherungsgesellschaft]
z.Hd. [Herrn/Frau ...]
[Straße]
[Postleitzahl & Ort]

**Krankenversicherungsnummer**: [Versicherungsnummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei sende ich Ihnen Originalrechnungen zur oben genannten Krankenversicherung mit der Bitte um Kostenerstattung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: ...
IBAN: DE...
BIC: ...
Bank: ...

Bei Rückfragen können Sie mich gerne kontaktieren:

Tel: ... (optional)
E-Mail: ... (optional)

Bitte bestätigen Sie mir innerhalb der nächsten 14 Tage die Kostenübernahme (vollständig oder anteilig).

Ich bedanke mich für Ihr Verständnis und Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen,

[Vorname] [Nachname]