

An die

_____
_____
_____

**Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen  
für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, die über meine Belastungsgrenze hinaus gezahlte  
Zuzahlung für das oben genannte Kalenderjahr auf das Konto

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bankname: \_\_\_\_\_

zu erstatten. Sämtliche Zuzahlungsbelege aus dem oben genannte Jahr  
sowie Einkommensnachweise habe ich beigefügt.

Meine Daten:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**ADLER APOTHEKE**

*Meine Arznei - sicher im Blick!*