



hkk  
Kundenservice  
Martinistraße 24  
28195 Bremen

## Antrag auf Erstattung aus dem Gesundheitsguthaben

### Meine Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Postleitzahl/Ort /

### Meine Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber

### Ich bitte um die Erstattung folgender Leistungen:

Bitte durch Klick auf den Pfeil auswählen

Die entsprechende Originalrechnung habe ich beigefügt.

KGKAN201

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**hkk Krankenkasse**  
Martinistr. 26  
28195 Bremen  
info@hkk.de

Körperschaft des öffentl. Rechts  
www.hkk.de  
BNR 20013461  
IK 1031 7000 2

Die Sparkasse Bremen AG  
BLZ 290 501 01 | Kto. 100 65 43  
IBAN DE79 2905 0101 0001 0065 43  
BIC SBREDE22XXX

Volksbank Oldenburg eG  
BLZ 280 618 22 | Kto. 3030 348600  
IBAN DE21 2806 1822 3030 3486 00  
BIC GENODEF1EDE