



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:

Bankleitzahl bzw. BIC – Code für Auslandsanweisung	Name des Geldinstituts
Kontonummer bzw. IBAN – Nummer für Auslandsanweisung	Kontoinhaber

.....  
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.**