

Absender:

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	

Anschrift Kostenträger

Versicherten-Nummer:

_____ (Datum)

Antrag auf Kostenübernahme von

- Antistatischen Maßeinlagen nach Baumusterprüfung
- Antistatischen Maßeinlagen mit Arbeitssicherheitsschuhen nach Baumusterprüfung
- Arbeitssicherheitsschuhe mit orthop. Umbau nach Baumusterprüfung
- Antistatischen Maßeinlagen mit orthop. umgebauten Arbeitssicherheitsschuhen nach Baumusterprüfung
- Orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß

Sehr geehrte Damen und Herren,

um weiterhin am Berufsleben teilnehmen zu können, benötige ich oben gekennzeichnete Sicherheitsschuheversorgung.

Ein entsprechender Kostenvoranschlag der Fa. _____
Ist beigefügt.

Ich bitte um Überprüfung der Daten und um Kostenübernahme.

WALTER BORCHARD



**Orthopädie · Schuhtechnik
SANITÄTSHAUS**

Hochstr. 8 • 56112 Lahnstein
Tel.: 02621 – 24 90 / Fax 4912

(Unterschrift)