



Auflistung der einzureichenden Belege zur **Versicherungsnummer**

**Aufenthaltsland**

Beleg (lfd. Nr.)	Name der behandelten Person	Behandlungs- datum (von/bis)	Rechnungsaussteller Krankenhaus/Arzt	Diagnose/ Behandlungsgrund	Rechnungs- währung	Rechnungs- betrag

05/09/01/03/04.15/001 – Anlage