

Max Mustermann
Berliner Allee 19
40627 Düsseldorf

AN
Dr. Walter GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Düsseldorf, den 01. Aug. 2017

Versicherungsschein Nr. : J-870101 (保険証番号を記入します。)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit sende ich Ihnen Rechnungen von meinem letzten Arztbesuch zu.

Ich bitte Sie um die Erstattung dieser Kosten auf das folgende Bankkonto;

Kontoinhaber : Max Mustermann
Bank : Post Bank
IBAN : DE18 3601 0043 9999 9999 99
BIC: DEUDUS21XX

Übrigens ist die oben angegebene Anschrift meine aktuelle Anschrift.

(この住所がドイツの現在の住所です。) という文章です。初めて保険料を請求する場合、住所が変わった際は、この文章を入れておいてください。

Mit freundlichen Grüßen

Max Mustermann

ここに署名をしてください。