Deutsche Rentenversicherung
Bayern Süd

Bitte Versicherungsnummer angeben:

	Teamnummer (soweit bekannt)

Antrag auf Erstattung von Reisekosten für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Klinik _____

Die Maßnahme wurde wie folgt durchgeführt ☐ stationär
☐ ambulant

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Die **Hinfahrt** erfolgte am

Mit dem ☐ PKW einfache Strecke: Kilometer

☐ öffentlichen Verkehrsmittel. Die entsprechenden Belege habe ich im Original beigefügt.

Für die **Hinfahrt** war eine Begleitperson medizinisch erforderlich:

nein ☐

ja ☐ und die entsprechende ärztliche Bescheinigung liegt bei ☐ liegt Ihnen bereits vor ☐

Die **Rückfahrt** erfolgte am

Mit dem ☐ PKW einfache Strecke: Kilometer

☐ öffentlichen Verkehrsmittel. Die entsprechenden Belege habe ich im Original beigefügt.

Für die **Rückfahrt** war eine Begleitperson medizinisch erforderlich

nein ☐

ja ☐ und die entsprechende ärztliche Bescheinigung liegt bei ☐ liegt Ihnen bereits vor ☐

Bankverbindung:
Geldinstitut
Kontoinhaber

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Abgabe einer inhaltlich unrichtigen Erklärung mit dem Ziel, unberechtigterweise Leistungen zu erhalten, strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____