Versicherungsnummer

Absender

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland
99117 Erfurt

Antrag auf Fahrkostenerstattung anlässlich der Teilnahme am Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	

Fallmanagement vom _____ bis _____

Name und Anschrift der Fallmanagerin/des Fallmanagers (Stempel):

Hinweise

Fahrkosten können nur dann erstattet werden, wenn sie im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Fallmanagement-Gesprächen tatsächlich zusätzlich entstanden sind. Bei Nutzung einer vorhandenen Monatskarte oder einer Fahrgemeinschaft sowie bei Entfallen der Notwendigkeit wegen räumlicher Nähe zum Wohn- oder Arbeitsort ist von der Geltendmachung von Fahrkosten abzusehen.

Zusätzlich entstandene Fahrkosten werden in Höhe einer täglichen Pauschale von 5,00 EUR (unabhängig von der Art der Beförderung) pro Beratungstermin erstattet.

Erklärung der Versicherten/des Versicherten

An _____ Terminen hatte ich wegen der Teilnahme am Fallmanagement Fahrkostenaufwendungen.

Hiermit beantrage ich für diese Termine die Auszahlung der Fahrkostenpauschale in Höhe von jeweils 5,00 EUR.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben eine Rückforderung zur Folge haben.

Ausfertigung für die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

G4988-09
Version 012023

Versicherungsnummer	Absender	MSAT / MSNR

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber	

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten

Ort, Datum

Bestätigung der Fallmanagerin/des Fallmanagers