

Versicherungsnummer

Grid for insurance number

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for license plate



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Grid for MSAT / MSNR

Reisekosten anlässlich einer ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

G0421

1 Angaben zur reisenden Person

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Name, Vorname

Grid for name and first name

Geburtsdatum

Grid for date of birth

Abrechnung für den Behandlungszeitraum

Form for treatment period: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

Folgende tatsächliche Reisekosten mache ich geltend:

Form for actual travel costs with checkboxes and input fields for amounts and kilometers.

2 Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung

Die unter Ziffer 1 von der Versicherten / dem Versicherten geltend gemachten Reisekosten werden in Bezug auf die Behandlungstage bestätigt.

Siehe hierzu auch unsere beiliegende Abrechnung mit Formular G0419 vom: [Tag Monat Jahr]

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Rehabilitationseinrichtung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3 Erklärung und Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Ich bitte die Deutsche Rentenversicherung um Erstattung des Betrags auf folgendes Konto:

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

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben eine Rückforderung zur Folge haben können.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

