

Versicherungsnummer der / des Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT / MSNR

--

## Abrechnung der Haushaltshilfekosten oder Kinderbetreuungskosten

# G0585

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

### 1 Angaben zur Ersatzkraft / Betreuungsperson

Name	Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Verwandtschaftsverhältnis zur Versicherten / zum Versicherten	

### 2 Bankverbindung

Die Beträge bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

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

### 3 Erklärung der Versicherten / des Versicherten

Ich versichere, dass sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten







