



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge IRENA für das Jahr

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr

Leistung zur Nachsorge	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr

Anzahl Gruppenleistung Somatik / Psychosomatik	X	EUR	Cent	=	EUR	Cent

Anzahl Gruppenleistung Adipositas	X	EUR	Cent	=	EUR	Cent

Anzahl Gruppenleistung Neurologie	X	EUR	Cent	=	EUR	Cent

Anzahl Aufnahmegespräch / Abschlussgespräch bei IRENA Psychosomatik	X	EUR	Cent	=	EUR	Cent

Betrag für erstattete Fahrkosten	X	EUR	Cent	=	EUR	Cent

Gesamtbetrag	=	EUR	Cent



Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------------------	-------------

EUR	Cent
-----	------

Wiederholung des Gesamtbetrages von Seite 1

Wir bitten, den Gesamtbetrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Institutionskennzeichen (IK-Nr.)	Rechnungsnummer / Aktenzeichen

**Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:**

Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Reha-Nachsorge-Dokumentation** (G4815-00), der **Teilnahmenachweis** (G4828-00 beziehungsweise G4829-00) und - bei von Ihnen erstatteten Fahrkosten - der **Antrag des Versicherten** (G4860-00) diesem **Abrechnungsf formular** als Anlagen beigefügt sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

--

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge IRENA für das Jahr

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr

Leistung zur Nachsorge	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr

Anzahl Gruppenleistung Somatik / Psychosomatik		EUR	Cent	=	EUR	Cent
	X			=		

Anzahl Gruppenleistung Adipositas		EUR	Cent	=	EUR	Cent
	X			=		

Anzahl Gruppenleistung Neurologie		EUR	Cent	=	EUR	Cent
	X			=		

Anzahl Aufnahmegespräch / Abschlussgespräch bei IRENA Psychosomatik		EUR	Cent	=	EUR	Cent
	X			=		

Betrag für erstattete Fahrkosten		EUR	Cent	=	EUR	Cent
	X			=		

Gesamtbetrag		EUR	Cent	=	EUR	Cent
				=		



Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------------------	-------------

EUR	Cent
-----	------

Wiederholung des Gesamtbetrages von Seite 1

Wir bitten, den Gesamtbetrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Institutionskennzeichen (IK-Nr.)	Rechnungsnummer / Aktenzeichen

**Hinweis der Deutschen Rentenversicherung:**

Eine Kostenerstattung erfolgt nur dann, wenn die **Reha-Nachsorge-Dokumentation** (G4815-00), der **Teilnahmenachweis** (G4828-00 beziehungsweise G4829-00) und - bei von Ihnen erstatteten Fahrkosten - der **Antrag des Versicherten** (G4860-00) diesem **Abrechnungsf formular** als Anlagen beigefügt sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Rehabilitationseinrichtung

