

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

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

