Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge T-RENA für das Jahr Auswahl 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			X	EUR Cent	=	EUR Cent
Einweisung in T-RENA (bei Gruppenleistung)			X	EUR Cent	=	EUR Cent
Anzahl Einzelleistung (Sonderform) / Einweisung bei einmaligen Anbieterwechsel			X	EUR Cent	=	EUR Cent
Betrag für erstattete Fahrkosten			X	EUR Cent	=	EUR Cent
Gesamtbetrag					=	EUR Cent

G4831-00 DRV
Version 07009 - EGRN 3/2025 - Stand 01.01.2026

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** (G4819-00), der **Teilnahmenachweis** (G4832-00) und - bei zu erstattenden Fahrkosten - der **Antrag des Versicherten** (G4860-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

G4831-00 DRV
Version 07009 - EGRN 3/2025 - Stand 01.01.2026

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Ausfertigung für den Nachsorgeanbieter

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge T-RENA für das Jahr Auswahl 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		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Einweisung in T-RENA (bei Gruppenleistung)		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Anzahl Einzelleistung (Sonderform) / Einweisung bei einmaligen Anbieterwechsel		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Betrag für erstattete Fahrkosten		X	EUR Cent	=	EUR Cent	
Gesamtbetrag				=	EUR Cent	

G4831-00 DRV
Version 07009 - EGRN 3/2025 - Stand 01.01.2026

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** (G4819-00), der **Teilnahmenachweis** (G4832-00) und - bei zu erstattenden Fahrkosten - der **Antrag des Versicherten** (G4860-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

G4831-00 DRV
Version 07009 - EGRN 3/2025 - Stand 01.01.2026