

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 (IRENA G4815-00, T-RENA G4819-00)** und der **Teilnahmenachweis (G4837-00)** diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters



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 (IRENA G4815-00, T-RENA G4819-00)** und der **Teilnahmenachweis (G4837-00)** diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

