

Bitte Versicherungsnummer angeben:

	Teamnummer (soweit bekannt)
--	--------------------------------

Antrag auf Erstattung von Reisekosten für die Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Klinik _____

Die Maßnahme wurde wie folgt durchgeführt ☐ stationär
☐ ambulant

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
--	--------------

Die **Hinfahrt** erfolgte am

Mit dem ☐ PKW einfache Strecke: Kilometer
☐ öffentlichen Verkehrsmittel . Die entsprechenden Belege habe ich im Original beigelegt.

Für die **Hinfahrt** war eine Begleitperson medizinisch erforderlich und bewilligt:

Nein ☐

Ja ☐ und die entsprechende ärztliche Bescheinigung liegt bei ☐ liegt Ihnen bereits vor ☐

Die **Rückfahrt** erfolgte am

Mit dem ☐ PKW einfache Strecke: Kilometer
☐ öffentlichen Verkehrsmittel . Die entsprechenden Belege habe ich im Original beigelegt.

Für die **Rückfahrt** war eine Begleitperson medizinisch erforderlich

Nein ☐

Ja ☐ und die entsprechende ärztliche Bescheinigung liegt bei ☐ liegt Ihnen bereits vor ☐

Bei stationären Leistungen wird zusätzlich Verpflegungsgeld bei einer Fahrtzeit von mehr als 8 Stunden beantragt

Anreise		Abreise	
Abfahrt vom Wohnort um	Uhr	Abfahrt von der Klinik um	Uhr
Ankunft an der Klinik um	Uhr	Ankunft am Wohnort um	Uhr

Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Ich bitte die Deutsche Rentenversicherung um Erstattung des Betrags auf folgendes Konto (die entsprechenden Belege sind beigelegt). Die geltend gemachten Reisekosten wurden nicht von der Reha-Einrichtung ausbezahlt.

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

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unterlassene Angaben eine Rückforderung zur Folge haben können.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten