



Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland

Hinweise zur Erstattung von Reisekosten

Als Reisekosten werden gemäß § 73 SGB IX die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlichen Fahrkosten übernommen.

Wahrheitsgemäße Erklärung zur Fahrkostenerstattung

1. Antrag auf Erstattung der Fahrkosten (Angaben durch Versicherten)

Name, Vorname der Versicherten/des Versicherten

☐ An-/Abreise ☐ Familienheimfahrt ☐ Realitätstraining ☐ Besuchsfahrt eines Angehörigen

☐ Die Anreise **und** Abreise erfolgte mit dem PKW

Ich erkläre, dass ich mit meinem PKW vom Wohnort zur Rehabilitationseinrichtung und zurück insgesamt _____ km (abgerundet auf volle km) zurückgelegt habe.

☐ Die Anreise **oder** Abreise erfolgte mit dem PKW

Ich erkläre, dass ich mit meinem PKW vom Wohnort zur Rehabilitationseinrichtung oder von der Rehabilitationseinrichtung zum Wohnort insgesamt _____ km (abgerundet auf volle km) zurückgelegt habe.

☐ Die Anreise **und/oder** Abreise erfolgte mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

- Einen Reisegutschein habe ich nicht erhalten -
Belege habe ich in Kopie beigelegt (Bahnfahrkarte u.s.w.)

☐ Die Anreise **und/oder** Abreise erfolgte mit Taxi.

Die entsprechenden Belege (Taxirechnung/Quittung) sind in Kopie beigelegt.

Ich bitte um Auszahlung der Reisekosten.

2. Berechnung der Reisekosten (Angaben durch die Rehabilitationseinrichtung)

- ☐ Fahrkostenberechnung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei PKW-Nutzung (0,20 EUR für jeden zurückgelegten km, höchstens 130 EUR)
- ☐ Fahrkostenberechnung bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei PKW-Nutzung (0,20 EUR für jeden zurückgelegten km)

☐ Anreise

☐ Abreise

_____ km x 0,20 EUR

= _____ EUR Erstattungsbetrag
(evtl. begrenzt auf 130 EUR)

_____ km x 0,20 EUR

= _____ EUR Erstattungsbetrag tgl.

x _____ Anzahl der Tage

= _____ EUR Erstattungsbetrag gesamt

- ☐ **Die Anreise und/oder Abreise erfolgte mit öffentlichen Verkehrsmitteln.**

Die entsprechenden Belege (Fahrkarte) sind in Kopie beigelegt.

- ☐ **Die Anreise und/oder Abreise erfolgte mit Taxi.**

Die entsprechenden Belege (Taxirechnung/Quittung) sind in Kopie beigelegt.

3. Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung zu den Angaben zu Punkt 2 und 3

- ☐ Der Erstattungsbetrag wurde/wird durch die Rehabilitationseinrichtung in Höhe von

_____ EUR

☐ in bar

☐ per Überweisung

ausgezahlt.

- ☐ Reisekosten wurden nicht ausgezahlt.

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel der Rehabilitationseinrichtung

4. Bestätigung der Versicherten/des Versicherten zu den Angaben zu Punkt 1 und 4

- ☐ Den oben genannten Betrag habe ich in bar erhalten.
- ☐ Der oben genannte Betrag wird mir per Überweisung ausgezahlt. Mit der Überweisung bin ich einverstanden.
- ☐ Ich bitte um Erstattung direkt durch die DRV Mitteldeutschland.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Die DRV Mitteldeutschland behält sich eine Rückforderung überzahlter Fahrkosten vor, sofern sich bei Überprüfung ergeben sollte, dass die gemachten Angaben nicht korrekt sind.

Ort/Datum

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten