

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>



MSAT / MSNR

<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge DE-RENA / DE-RENA 2.0 für das Jahr

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Hinweis: Der erhöhte monatliche Vergütungsbetrag des neuen Jahres kann erst abgerechnet werden, wenn der zu vergütende Monat vollständig in dem neuen Jahr liegt.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	vom	<div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div>	bis	<div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div>
		<div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div>

Leistung zur Nachsorge	vom	<div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div>	bis	<div>Tag</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div>
		<div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div>

DE-RENA Anzahl Monate	<div>Monate</div>	X	<div>EUR</div> <div>Cent</div>	=	<div>EUR</div> <div>Cent</div>
	<div></div>		<div></div> <div></div>		<div></div> <div></div>

Gesamtbetrag	=	<div>EUR</div> <div>Cent</div>
		<div></div> <div></div>



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** (G4816-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4839-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>



MSAT / MSNR

<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

Deutsche Rentenversicherung

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Abrechnung von Leistungen zur Nachsorge DE-RENA / DE-RENA 2.0 für das Jahr

Bei einer Abrechnung über den Jahreswechsel ist das Formular 2-mal zu nutzen.

Hinweis: Der erhöhte monatliche Vergütungsbetrag des neuen Jahres kann erst abgerechnet werden, wenn der zu vergütende Monat vollständig in dem neuen Jahr liegt.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	

Leistung zur medizinischen Rehabilitation	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
		<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>

Leistung zur Nachsorge	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
		<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>	<div></div>

DE-RENA Anzahl Monate	Monate	X	EUR	Cent	=	EUR	Cent
	<div></div>		<div></div>	<div></div>		<div></div>	<div></div>

Gesamtbetrag	=	EUR	Cent
		<div></div>	<div></div>



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** (G4816-00) und der **Teilnahmenachweis** (G4839-00) diesem **Abrechnungsformular** als Anlagen beigefügt sind.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten

