

Antrag auf Stromkostenerstattung

Senden Sie diesen Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben an Ihre Krankenkasse.

Angaben zur Person

Versichertennummer:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Verordnetes Hilfsmittel

Hinweis: Wurden Ihnen mehrere Hilfsmittel verordnet, diese bitte auf gesondertem Blatt angeben.

Bezeichnung des Hilfsmittels:

HMV (wenn vorhanden):

Menge und Zeitraum der beantragten Erstattung:

Betriebsstunden:

von Datum:

bis Datum:

Leistungsaufnahme Hilfsmittel:
(gemäß Bedienungsanleitung)

Watt

Bei Gerätewechsel:

Bezeichnung des Hilfsmittels:

HMV (wenn vorhanden):

Menge und Zeitraum der beantragten Erstattung:

Betriebsstunden:

von Datum:

bis Datum:

Leistungsaufnahme Hilfsmittel:
(gemäß Bedienungsanleitung)

Watt

Antrag auf Erstattung der Kosten

Hiermit beantrage ich die Erstattung meiner Stromkosten, welche durch mein verordnetes medizinisches Hilfsmittel verursacht werden.

Bankverbindung

Bitte erstatten Sie die Stromkosten über folgende Bankverbindung:

Name Kontoinhaber:

Name Kreditinstitut:

IBAN:

Ich versichere hiermit, die Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift (ggfs. Betreuer/gesetzlicher Vertreter):