

Für _____ KV-Nummer _____

Fahrkostenerstattung	
<input type="checkbox"/> Für mich selbst	Name Vorname _____ Geburtsdatum _____
<input type="checkbox"/> Für meinen Ehegatten / mein Kind	
<input type="checkbox"/> durch Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Fahrkarten bzw. Quittungen liegen bei)	
von _____	nach _____, _____ EUR
<input type="checkbox"/> durch PKW-Benutzung für die Fahrstrecke (Hin- und Rückfahrt)	
von _____	nach _____ km gesamt
<input type="checkbox"/> durch Taxi (Quittungen liegen bei)	
von _____	nach _____, _____ EUR (Betrag insgesamt)
Die Behandlung erfolgte wegen:	
<input type="checkbox"/> Unfallfolgen / * Diagnose _____	
<input type="checkbox"/> Eines Versorgungsleidens (z. B. Impfschaden, Kriegs- oder Wehrdienstschaden)	
Es liegt eine Schwerbehinderung vor	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Behinderungsgrad und Merkzeichen lt. Ausweis _____
Ich bestätige, dass	
<ul style="list-style-type: none"> • ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmittel nicht besteht • der günstigste Tarif gewählt wurde und • ich eine Fahrkostenerstattung für den unten genannten Zeitraum bisher nicht beantragt habe 	
Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Betrag auf das Konto	
Kontoinhaber, falls nicht mit Versicherten identisch _____	Geldinstitut _____
IBAN _____	BIC _____
Datenschutzhinweis	
Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihres Antrages nach §§ 60 SGB V und § 284 SGB V.	

Datum _____	Unterschrift des Versicherten _____
-------------	-------------------------------------

