

Firmenname:
 IK-Nummer:
 Adresse:
 PLZ, Ort:
 Tel.:
 Fax:



Deutsche Post 
ANTWORT

Techniker Krankenkasse

Intensive Häusliche Krankenpflege Rechnungsnummer/Datum:

Wir haben für Herrn Frau

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

im Zeitraum vom _____ bis zum _____
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

folgende Leistungen erbracht:

Art der Leistung	Anzahl	Einheit (Std./Tag)	Vergütung je Einheit	Summe in EUR
Behandlungspflege SGB V				
Behandlungspflege SGB V				
Fahrkosten lt. Bewilligung				
Gesamtbetrag				

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto

Bankname

D E _____

IBAN