

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:



Deutsche Post

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20906 Hamburg

Erstattung der Betriebskosten meines Hilfsmittels

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur Nutzung

Name des Hilfsmittels

Bitte erstatten Sie mir die Betriebskosten meines Hilfsmittels für folgenden Zeitraum:

vom bis zum
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Tägliche Nutzungsdauer bzw. Aufladezeit

durchschnittliche Stundenanzahl

an wie vielen Tagen im Jahr

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

D_E
IBAN

Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Nur für Bankverbindung im Ausland

IBAN

BIC

Bankname

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V.

5022719984095

