

FORMULAR FÜR FAHRTKOSTENERSTATTUNG DAK

Name des Versicherten : _____

Versichertennummer : _____

Geburtsdatum : _____

Angaben zur Fahrtkostenerstattung :

Reisezweck : _____

Datum der Fahrt : _____

Startadresse : _____

Zieladresse : _____

Angaben zum Transportmittel :

Verkehrsmittel (z.B. Auto, Bahn) : _____

Gefahrene Kilometer (einfache Strecke) : _____

Kostenübersicht :

Kilometerpauschale (EUR/km) : _____

Erstattungsbetrag (EUR) : _____

Erklärung und Unterschrift :

Hiermit bestätige ich, dass die angegebenen Fahrtkosten für die medizinisch notwendige Behandlung entstanden sind und die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Folgen haben können.

Ort : _____ Datum : _____

Unterschrift Versicherter : _____

BESTÄTIGUNG DER KOSTENSTELLE

BESTÄTIGUNG DER KASSE

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/fahrtkostenerstattung-dak-formular/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.