

Deutsche Rentenversicherung

---

## Antrag auf Erstattung der Fahrkosten

Name, Vorname der Versicherten/des Versicherten, Versicherungsnummer

Hiermit beantrage ich für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

für meine ambulante Rehabilitationsleistung Fahrkosten.

(gemäß § 28 SGB VI i.V mit § 73 SGB IX in Höhe von 0,20 € pro Kilometer)

Die Anreise und Abreise erfolgte mit dem PKW

Ich erkläre, dass ich mit meinem PKW vom Wohnort zur Rehabilitationseinrichtung

und zurück insgesamt \_\_\_\_\_ km (abgerundet auf volle km) zurückgelegt habe.

Die Anreise und Abreise erfolgte mit öffentlichen Verkehrsmitteln. -

Einen Reisegutschein habe ich nicht erhalten -

Belege habe ich in Kopie beigelegt (Bahnfahrkarte u.s.w.)

Ich bitte um Auszahlung der Fahrkosten in Höhe von auf \_\_\_\_\_ EUR

folgende Bankverbindung:

IBAN

Geldsinstitut

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten