
Name der versicherten Person

Straße

PLZ Ort

Versichertennummer

Telefonnummer

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Ort, Datum

Antrag auf Erstattung von Stromkosten für Hilfsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Erstattung der Stromkosten für folgende Hilfsmittel:

Hilfsmittelbezeichnung:	Hilfsmittelnummer:	Seriennummer:

Die Geräte werden von mir regelmäßig benutzt. Dadurch hat sich in der Zeit vom _____
(Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr) folgender Mehrbedarf an Strom ergeben:

_____ KW/h. Dadurch sind Kosten in Höhe von _____ € für mich entstanden.

Ich bitte Sie, mir rückwirkend die Kosten für den Strom zu erstatten und den Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

Name: _____

IBAN: _____

Bank: _____

Falls Sie die Stromkosten nach einer Pauschale abrechnen, teilen Sie mir bitte die Höhe des Betrags mit.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der versicherten Person