

mkk – meine krankenkasse
HMI
10857 Berlin

E-Mail: hilfsmittel@meine-krankenkasse.de

Antrag auf Erstattung von Stromkosten ab (Datum)

Hinweis: die Erstattung kann nur für elektr. Hilfsmittel erfolgen, die von der mkk zur Verfügung gestellt wurden, z.B. Atemtherapiegeräte, Sauerstoffgeräte, Elektrorollstühle. Die Erstattung erfolgt einmal jährlich, frühestens nach 12-monatiger Nutzung.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

KV-Nummer: _____

Bankverbindung: IBAN _____

ggf. BIC _____

Genaue Gerätebezeichnung des Hilfsmittels: _____

Seit wann ist das Gerät in Gebrauch? _____

Angaben vom Hersteller über den Stromverbrauch (W/KWh): _____

Wie viele Stunden pro Tag wird das Gerät benötigt? _____

Aktuelle Betriebsstunden (**Wartungsbericht** beifügen, falls vorhanden) _____

Angabe des regionalen Strompreises (**Kopie der Rechnung** beifügen) _____

Datum: _____

Unterschrift: _____