

mkk – meine krankenkasse  
HMI  
10857 Berlin

**Antwort: Antrag auf Erstattung von  
Stromkosten ab \_\_\_\_\_ (Datum)**

Name:  
Vorname:  
KV-Nr.:

Service-Mail: hilfsmittel@meine-krankenkasse.de

Name, Vorname

Anschrift

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 Std. pro Tag wird das Gerät benötigt?

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

Angabe des regionalen Strompreises, **Kopie der Rechnung** beifügen

---

Datum

---

Unterschrift