

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