BKK ZF & Partner
Partner für Ihre Gesundheit

BKK ZF & Partner
Postfach 11 80
88001 Friedrichshafen

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten gemäß § 60 SGB V

Herr/Frau/Kind:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ KV-Nummer _____

☐ stationär vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

Für die Behandlungstage waren Fahrten

von _____ nach _____ erforderlich.

☐ mir sind Kosten entstanden in Höhe von _____ Euro.

(bei Taxifahrten sowie Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln bitte Belege beifügen)

☐ Ich habe kein öffentliches Verkehrsmittel oder ein Taxi, sondern meinen PKW benutzt.

Die kürzeste Entfernung – einfache Strecke – zwischen Wohnung und der Behandlungsstätte in _____

beträgt _____ km.

Kontoinhaber: _____

Postgiro- / Bankkonto _____
IBAN BIC Bank

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über Ihren Antrag entschieden werden kann. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus §§ 60 ff. SGB I.

_____ _____
Datum Unterschrift des Mitglieds