



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