HEIMAT KRANKENKASSE

# Antrag auf Erstattung von Fahrkosten
# Ihre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

## 1 Persönliche Angaben

| | |
|---|---|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Straße / Hausnummer | PLZ / Ort |
| Versichertennummer | Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe) |

## 2 Bankverbindung

Name, Vorname Kontoinhaber (falls abweichend von Antragsteller)

IBAN

## 3 Ihr Anspruch auf Fahrkostenerstattung

Im Zusammenhang mit einer stationären Vorsorgemaßnahme besteht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln unter Ausschöpfung aller Fahrpreisermäßigungen. In Verbindung mit den Fahrkosten ist je Fahrt eine gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10 % der Einzelfahrt (mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro) zu leisten.

Kinder bis einschließlich 5 Jahren dürfen ohne Fahrkarten kostenlos befördert werden. Kinder im Alter von 6 bis einschließlich 14 Jahren dürfen in Begleitung eines eigenen Elternteils kostenlos mitfahren.

Die zusätzliche Abrechnung von Sitzplatzreservierungen und/oder Gepäcktransporten ist lediglich im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsleistung möglich und entfällt bei Vorsorgemaßnahmen.

Die Nutzung eines vom öffentlichen Personenverkehr abweichenden Transportmittels ist nur dann möglich, wenn die Nutzung aus medizinischen Gründen angezeigt ist. Diese medizinische Notwendigkeit ist ärztlich zu verordnen. Ohne eine entsprechende Verordnung besteht ein Anspruch in Höhe der Kosten für die Deutsche Bahn.

## 4 Meine Reisedaten für die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme

**Ich beantrage die Erstattung meiner Auslagen und füge folgende Unterlagen bei:**

- ☐ Ärztliche Verordnung über die medizinische Indikation zur Nutzung eines Privat-PKWs (ansonsten erfolgt eine Vergleichsberechnung)
- ☐ Ärztliche Verordnung über die medizinische Indikation einer Begleitperson (Zusatzfahrten DB oder PKW)
- ☐ Anwesenheitsnachweis der Einrichtung
- ☐ Sonstige Belege

**Ich habe meine Maßnahme(n) in folgender Einrichtung durchgeführt:**

Name der Einrichtung

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Im Zeitraum: vom _____ bis _____ Die einfache Wegstrecke betrug: _____ km

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die genannte(n) Leistung(en) in Anspruch genommen habe.**

Datum / Ort

Unterschrift Versicherter

**Datenschutzhinweis:**
Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

**Heimat Krankenkasse**
Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)