Max Mustermann
Musterstraße 1
12345 Musterstadt
Versichertennummer: xy

Pflegekasse
Straße Hausnummer
PLZ Ort

Ort, Datum

Stromkostenerstattung für elektrisch betriebene Hilfsmittel für den Zeitraum von (Monat und Jahr) bis (Monat und Jahr)

Sehr geehrte Damen und Herren,

von Ihrer Krankenkasse wurde mir folgendes elektrisch betriebenes Hilfsmittel genehmigt und zur Verfügung gestellt:
- Hilfsmittel / Typenbezeichnung: [z. B. CPAP-Gerät / Pflegebett / Konzentrator]
- Nutzungszeitraum: [TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ]
- Durchschnittliche Nutzungsdauer: [z. B. tägliche Stunden oder Betriebsstunden laut Zähler]
- Leistung / Verbrauch: [z. B. Wattzahl bzw. kWh]

Gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V beantrage ich die Erstattung der entstandenen Stromkosten für den oben genannten Zeitraum (bis zu 4 Jahre rückwirkend möglich).

[Option A – Pauschale:] Bitte erstatten Sie die Kosten nach Ihren regulären Pauschalsätzen.
[Option B – Nach Verbrauch:] Nach meiner Berechnung ergibt sich ein Mehrverbrauch von ca. [Anzahl] kWh. Bei einem Strompreis von [Preis] ct/kWh entspricht das einem Betrag von [Betrag] Euro. Eine Kopie meiner Stromrechnung füge ich bei.

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:
Kontoinhaber: [Name]
IBAN: [IBAN]
Kreditinstitut: [Name der Bank]

Für eine schriftliche Rückmeldung und Bearbeitung meines Antrags bedanke ich mich im Voraus. Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]
[Vorname Nachname]

MUSTER