

**Abrechnung zusätzlicher  
Entlastungsleistungen im Rahmen der  
Nachbarschaftshilfe gemäß § 45 b SGB XI**

**bkk melitta hmr**

**ServiceCenter Minden**

Postfach 1224

32372 Minden

**Die Nachbarschaftshilfe wurde durchgeführt bei:**

Name, Vorname des/der Versicherten/Betreuungsbedürftigen	Versichertennummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	

**Erklärung des Versicherten**

In der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wurde ich stundenweise betreut.  
Die Betreuung in der vorgenannten Zeit hat an insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden stattgefunden.  
Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro auf folgendes Konto:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN (internationale Kontonummer)	BIC (internationale Bankleitzahl)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	Kreditinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Versicherte(r)

**Erklärung der/des Betreuenden (Nachbarschaftshelfer/in)**

<input type="text"/>	
Name, Vorname	
<input type="text"/>	
Anschrift	
<input type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift Nachbarschaftshelfer/in