

**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:

\_\_\_\_\_

IBAN (internationale Kontonummer)

\_\_\_\_\_

BIC (internationale Bankleitzahl)

\_\_\_\_\_

Kontoinhaber

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte(r)

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

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Nachbarschaftshelfer/in