

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

G0135

Hinweise: Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Name, Vorname

--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädieschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

Folgeversorgung

Wechselversorgung

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

maßgefertigte Einlagen

Zurichtungen

semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

Maßschuhe

2 Begründung

kurze Beschreibung des Verschleißes

irreparabler Verschleiß _____

hygienische Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)

hygienische Anforderungen (täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

nein

ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

Angebot eines Orthopädieschuhmachers

fachärztliche Empfehlung mit Begründung

