

Absender:

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	

Anschrift Kostenträger

**Dt. Rentenversicherung -**  
Versicherten-Nummer:

\_\_\_\_\_  
( Datum )

### Antrag auf Kostenübernahme von

- Antistatischen Maßeinlagen nach Baumusterprüfung
- Antistatischen Maßeinlagen mit Arbeitssicherheitsschuhen nach Baumusterprüfung
- Arbeitssicherheitsschuhe mit orthop. Umbau nach Baumusterprüfung
- Antistatischen Maßeinlagen mit orthop. umgebauten Arbeitssicherheitsschuhen nach Baumusterprüfung
- Orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß

Sehr geehrte Damen und Herren,

um weiterhin am Berufsleben teilnehmen zu können, benötige ich oben gekennzeichnete Sicherheitsschuheinlagenversorgung.

Ein entsprechender Kostenvoranschlag der Firma ...  
ist beigefügt.

Ich bitte um Überprüfung der Daten und um Kostenübernahme.

**WALTER BORCHARD**



**Orthopädie · Schuhtechnik  
SANITÄTSHAUS**

**Hochstr. 8 • 56112 Lahnstein  
Tel.: 02621 – 24 90 / Fax 4912**

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )

Mit welchen Leistungen könnte die Deutsche Rentenversicherung Ihnen Ihrer Meinung nach helfen?