

Die nachfolgende Bescheinigung bitten wir, von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ausfüllen zu lassen und mit dem nächsten Beihilfeantrag einzureichen.

Bescheinigung zur Vorlage bei der Beihilfestelle

Herr/Frau Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Beihilfepersonalnr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

ist wie folgt krankenversichert:

- als Arbeiter/in oder Angestellte/r pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 SGB V
- als Rentner/in aufgrund eigener Rente pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V seit \_\_\_\_\_
- als Rentner/in aufgrund einer Hinterbliebenenrente nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V
- pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. \_\_\_ SGB V seit \_\_\_\_\_
- freiwillig versichert nach § 9 Abs. 1 Nr. \_\_\_ SGB V
- von der Versicherungspflicht befreit nach § 8 Abs. 1 Nr. \_\_\_ SGB V
- Es wird ein Zuschuss nach §§ 26 Abs. 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gezahlt oder nach § 207a SGB III übernommen

Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V  ja  nein

Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf andere Familienmitglieder, und zwar auf:

\_\_\_\_\_

Der/Die Versicherte zahlt als freiwilliges Mitglied gemäß § 248 Abs. 2 SGB V in der bis zum 31.12.1992 geltenden Fassung nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes als Beitrag (als Bestandsfall) ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Krankenkasse