

Absender	Nachname	Vorname
	Straße	Hausnummer
	PLZ	Ort

Beihilfenummer

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Zentrale Scanstelle Beihilfe  
32746 Detmold

## Bescheinigung

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Herr, Frau	geb. am
------------	---------

ist wie folgt krankenversichert:

seit dem:

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 \_\_\_\_\_

als Rentner(in) aufgrund einer Hinterbliebenenrente nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V \_\_\_\_\_

pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. \_\_\_\_ SGB V \_\_\_\_\_

freiwillig versichert nach § 9 Abs. 1 Nr. \_\_\_\_ SGB V \_\_\_\_\_

als Rentenbewerber pflichtversichert nach § 189 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 \_\_\_\_\_

Es besteht ein Anspruch auf den Bundesbehandlungsschein: ggf. nach § 10 Abs. \_\_\_\_ BVG  ja  nein

Anspruch besteht nicht, da das Bruttoeinkommen die Ausschlussgrenze nach § 10 Abs. 7 BVG übersteigt oder andere Ausschlussgründe nach dieser Rechtsvorschrift vorliegen.  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

Der/Die Versicherte zahlt als freiwilliges Mitglied gem. § 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 und Stempel der Krankenkasse \_\_\_\_\_