

Behörde
---------

--

PLZ, Ort	Datum (TT.MM.JJJJ)
Sachbearbeiter/in	Zimmernummer
Telefon (Durchwahl)	Telefax
E-Mail (Angabe freiwillig)	
Aktenzeichen (bitte immer angeben!)	

## Bescheinigung über Kranken- / Pflegeversicherung

<b>Förderungsnummer:</b>
--------------------------

### 1. Versicherte/r

Familienname	Ggf. Geburtsname	Vorname
Straße	Hausnummer	PLZ
Ort		

### 2. Versicherungsverhältnis

Es besteht eine beitragspflichtige

- Pflegeversicherung  nein  ja

- Krankenversicherung (keine Zusatzversicherung)

nein  ja, als  Arbeitnehmer/in  Halbwaise/r  Vollwaise/r

Aus dem Versicherungsverhältnis können Leistungen beansprucht werden, die der

Art nach den Leistungen des Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V) entsprechen  ja  nein

### 3. Versicherungsbeiträge

- bei Wegfall der Familienversicherung:	ab (TT.MM.JJJJ)	Monatsbeitrag
- während der Fortbildungsmaßnahme:	ab (TT.MM.JJJJ)	Monatsbeitrag

### 4. Sonstige Angaben

Wir gehören zu den

gesetzlichen

privaten Krankenkassen

Wir erfüllen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a und 2b SGB V

Die Versicherungsleistungen

sind auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt

umfassen gesondert berechenbare Unterkunft und/oder wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

### 5. Ergänzungen

--

Mit freundlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift	Anlagen
----------------------	---------