



**Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung**

Anschrift der Krankenkasse	Ort	Datum
Versichertennummer	Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>	

Pauschale Beihilfe

Bescheinigung über das Krankenversicherungsverhältnis

Hauptversicherte Person: Name, Vorname		geb. am
Anschrift		
ist in unserer Krankenkasse wie folgt versichert (Zeitpunkt, Rechtsgrundlage und Art der Versicherung):		
Seit dem	<input type="text"/>	gemäß § <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Pflichtversichertes Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherte(r) Angehörige(r)		
Die aktuelle Beitragshöhe zur Krankenversicherung beträgt		<input type="text"/> Euro

Ehegatte/eingetragener Lebenspartner Name, Vorname, geb. am	Pflicht- versicherung	Freiwillige Versicherung	Familien- versicherung	Aktuelle Beitragshöhe Krankenversich.
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Kinder Name, Vorname, geb. am	Pflicht- versicherung	Freiwillige Versicherung	Familien- versicherung	Aktuelle Beitragshöhe Krankenversich.
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Unterschrift	Stempel der Krankenkasse
--------------	--------------------------

Urschriftlich zurück an:

**Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle Aurich – pauschale Beihilfe
Postfach 1570
26585 Aurich**

Az. des NLBV