

Name, Vorname	Aktenzeichen - -
Niedersächsisches Landesamt für Bezüge und Versorgung	Elternzeit vom bis

Vorstehende Angaben sind von der Beamtin/dem Beamten einzutragen. Bitte unbedingt ausfüllen.

NLBV

Ich erhalte Bezüge aus einer BesGr. bis A8 oder Anwärterbezüge, deshalb beantrage ich die Erstattung meiner Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung über den Betrag von 31€ hinaus. Ich beziehe Elterngeld nach § 4 BEEG

vom bis

.....
Unterschrift der Beamtin/des Beamten

(nur erforderlich, wenn keine Bescheinigung nach dem Bürgerentlastungsgesetz vorliegt)

Bescheinigung
zur Vorlage bei der Bezügestelle für die Erstattung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach der Mutterschutz- und Elternzeitverordnung
(Von der Kranken-, Pflegeversicherung/Kranken-, Pflegekasse auszufüllen!)

Es wird hiermit bescheinigt, dass für Frau/Herrn
Name, Vorname

geb. am

.....
und das Kind/die Kinder

während der gesamten Dauer der o. g. Elternzeit

unter der Vers.-Nr. o. ä.

für den Zeitraum

.....

ein Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis besteht bzw. bestanden hat, und zwar als

privat Versicherte(r)

freiwillig in der gesetzlichen KV/PV Versicherte(r)

Bitte bescheinigen Sie die monatlichen **Beiträge** während des vorgenannten Zeitraums zu dieser **Kranken- und Pflegeversicherung** – ggf. einschl. eines **Beihilfeergänzungstarifes**. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind getrennt aufzuführen!

Nicht berücksichtigt werden können Tarife für Leistungen, die „Lücken“ und „Selbstbehalte“ bei der Beihilfe abdecken sollen (z.B. wahlärztliche Leistungen, Krankenhaustagegeldtarife, Anwartschaftsversicherung).

Für (Name)	Beitragsart	ab	Prozentsatz	EUR
	<input type="checkbox"/> Krankenversicherungsbeitrag			
	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungsbeitrag			
	<input type="checkbox"/> Krankenversicherungsbeitrag			
	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungsbeitrag			
	<input type="checkbox"/> Krankenversicherungsbeitrag			
	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungsbeitrag			
	<input type="checkbox"/> Krankenversicherungsbeitrag			
	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungsbeitrag			

sonstige Bemerkungen:

.....
Evtl. eintretende Änderungen zu vorstehend gemachten Angaben werden wir unaufgefordert mitteilen.

Bezeichnung oder Stempel der Kranken-, Pflegeversicherung bzw. Kranken-, Pflegekasse

Datum, Unterschrift