



Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung

Anschrift der Krankenkasse	Ort	Datum
Versichertennummer	Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒	

**Pauschale Beihilfe**

**Bescheinigung über das Krankenversicherungsverhältnis**

<b>Hauptversicherte Person:</b> 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"/>	Familierversicherte(r) Angehörige(r)	
Die aktuelle Beitragshöhe <b>zur Krankenversicherung</b> beträgt - <b>nicht</b> Beiträge zur Pflegeversicherung -		<input type="text"/> Euro

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

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

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

Urschriftlich zurück an:

Az. des NLBV
--------------

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