

Name, Vorname	Aktenzeichen
Elternzeit vom bis	

**Niedersächsisches Landesamt für
Bezüge und Versorgung - NLBV**

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

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

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 Pflege-
versicherung sind getrennt aufzuführen!

Nicht berücksichtigt werden können Tarife für Leistungen, die „Lücken“ und „Selbstbehalte“ bei der Beihilfe ab-
decken 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