

**Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V für das Jahr \_\_\_\_\_**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_,

Geboren am: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Ledig  Verheiratet  Geschieden  Verwitwet  Getrennt lebend  Eingetragene Lebenspartnerschaft

1. Angaben zu den im Haushalt lebenden Personen*	Antragsteller/in	Ehegatte/ Lebenspartner/in	Kind 1	Kind 2
Name, Vorname	Siehe oben			
Geburtsdatum	Siehe oben			
Krankenkasse				
Sonstige Angaben	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> chronische Erkrankung liegt vor <input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> chronische Erkrankung liegt vor <input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> chronische Erkrankung liegt vor <input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> chronische Erkrankung liegt vor <input type="checkbox"/> Heimbewohner

2. Jahresbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt*				
Weisen Sie sämtliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt durch Vorlage Ihres letzten Einkommensteuerbescheides, sofern vorhanden, nach. Daten im Steuerbescheid, die für die Berechnung nicht erforderlich sind (z. B. Steuerschuld- oder Steuererstattungsbeträge), können von Ihnen unleserlich gemacht werden (z. B. durch Schwärzen). Bitte legen Sie entsprechende aktuelle Bescheide (z. B. Rentenbescheide, Lohnabrechnungen, Belege über Zinseinnahmen) in Kopie bei.				
Bezug von Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung				
Gesamtsumme der Jahresbruttoeinnahmen (entfällt bei <b>ganzjährigem</b> Bezug von Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung)				

3. Gesetzliche Zuzahlungen für das Jahr _____*				
Stationäre Krankenhausbehandlung (getrennt von den restlichen Zuzahlungen anzugeben)				
Summe der restlichen Zuzahlungen				

\*Die Erläuterungen zu den einzelnen Punkten sind im beiliegenden Merkblatt enthalten.

**Bankdaten**

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(bitte nur ausfüllen, wenn nicht Sie selbst Kontoinhaber sind)

