

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

Bescheinigung über das Krankenversicherungsverhältnis

| | |
|---|--|
| Frau/Herr | geb. am |
| Anschrift | |
| ist seit dem | |
| <input type="checkbox"/> freiwilliges | <input type="checkbox"/> pflichtversichertes Mitglied unserer Krankenkasse gemäß § |
| <input type="checkbox"/> von der Versicherungspflicht befreit gemäß | § |
| <input type="checkbox"/> Empfänger eines Beitragszuschusses gemäß | § |
| <input type="checkbox"/> als „Zugeteilte/Zugeteilter“ nach § 10 Abs. 1, 2, 4 des Bundesversorgungsgesetzes zu behandeln | |
| und zugleich Mitglied unserer Pflegekasse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | seit |

Ehegatte/Kinder

| |
|------------------------|
| Name, Vorname, geb. am |
| Name, Vorname, geb. am |
| Name, Vorname, geb. am |
| Name, Vorname, geb. am |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Familienversicherung gemäß § 10 SGB V wird für folgende Angehörige gewährt: | |
| Name, Vorname, geb. am | |
| Name, Vorname, geb. am | |
| Name, Vorname, geb. am | |
| Name, Vorname, geb. am | |
| und zugleich Mitglied unserer Pflegekasse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | seit |
| <input type="checkbox"/> eigenständig versichert: | |

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Unterschrift | Stempel der Krankenkasse |
| Urschriftlich zurück an | Beihilfenummer der NKVK |

**Norddeutsche Kirchliche Versorgungskasse
für Pfarrer und Kirchenbeamte
Postfach 4563
30045 Hannover**