



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

<input type="checkbox"/> Familienversicherung gemäß § 10 SGB V wird für folgende Angehörige gewährt:		
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 (NKVK)
Postfach 4563
30045 Hannover**