

ANTRAG AUF ZUZAHLUNGSBEFREIUNG

— — —

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen zur Krankenversicherung, da ich die individuelle Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V erreicht habe.

- **Vor und Nachname** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Versichertennummer:** _____
- **Pflegegrad (falls bekannt):** _____

Krankenkasse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

- ja, ich habe einen Ehepartner
- ja, ich habe eigene Kinder

Ich füge diesem Antrag die erforderlichen Nachweise über die geleisteten Zuzahlungen, Einkommensnachweise sowie Steuerbescheid bei. Ich bitte um Prüfung und Ausstellung einer Zuzahlungsbefreiungsbescheinigung.

Bitte informieren Sie mich über die weiteren Schritte und erforderlichen Unterlagen. Bei Rückfragen stehe ich Ihnen unter den nachfolgenden Kontaktdaten gerne zur Verfügung.

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum

Unterschrift