

Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr

Zutreffendes bitte ankreuzen

Leer bleibende Zeilen bitte durchstreichen!

Antragsteller/in	Versicherungsnummer		
	Lfd. Nr.	Geb.-Datum	
		Tag	Mon.
Familien- und Vorname/n:			
Anschrift:		Telefon-Nr.:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden			

Bitte sämtliche Einkommensnachweise beischließen!

Einkommen der Antragstellerin/des Antragstellers				
Pension (Rente):	EUR	brutto	EUR	netto
		davon Pflegegeld:	EUR	
Anstalt und Aktenzeichen:				
Pension (Rente):	EUR	brutto	EUR	netto
Anstalt und Aktenzeichen:				
Sonstiges Einkommen (z.B. Lohn, Unterhaltsanspruch):				
monatlich (wöchentlich):	EUR	brutto	EUR	netto
Vermögen oder Realbesitz:				

Ehegatte/-gattin oder Lebensgefährte/-gefährtin	Versicherungsnummer			
	Lfd. Nr.	Geb.-Datum		
		Tag	Mon.	Jahr
Familien- und Vorname/n:				
Pension (Rente):	EUR	brutto	EUR	netto
		davon Pflegegeld:	EUR	
Anstalt und Aktenzeichen:				
Pension (Rente):	EUR	brutto	EUR	netto
Anstalt und Aktenzeichen:				
Sonstiges Einkommen (z.B. Lohn, Unterhaltsanspruch):				
monatlich (wöchentlich):	EUR	brutto	EUR	netto
Vermögen oder Realbesitz:				

Weitere Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben

Familien- und Vorname/n	Geburtsdatum	Art der Verwandtschaft	monatl. Nettoeinkommen	Art und Quelle des Einkommens

Sonstige Angaben

Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenbedarf führen:

Anzahl der monatlich benötigten Medikamentenpackungen:

Welche?

Muss auf Grund von Krankheiten Diät gehalten werden?

Wenn ja, welche Diät:

Sonstige außerordentliche Belastungen:

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Ich werde alle Änderungen, außer der jährlichen Pensionsanpassung, unverzüglich der Kasse bekannt geben.

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Bearbeitungsvermerke der Kasse

In die vorhandenen Unterlagen
wurde Einsicht genommen:

Datum

Stempel und Unterschrift