

Name, Vorname des Versicherten

**Bitte im Original zurücksenden**

Geburtsdatum:

 KNAPPSCHAFT  
 Fachzentrum Allg. Leistungen Befreiung  
 45095 Essen

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

**Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr**

Bitte teilen Sie uns mit, welche der folgenden Einkommensarten Sie beziehen/bezogen haben. Anzugeben sind **alle Einkünfte**, die Sie und ggf. Ihr/e Ehepartner/in und die im Haushalt lebenden Kinder beziehen. **Bitte fügen Sie Kopien für alle Einnahmen bei, denen auch die Höhe der Bruttoeinnahmen hervorgeht. So können Sie Rückfragen unsererseits vermeiden.**

Zutreffendes bitte auswählen <input checked="" type="checkbox"/>	Versicherter	Ehegatte	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Krankenkasse, sofern nicht KNAPPSCHAFT		*	*	*
<small>*Belege über bereits geleistete Zuzahlungen von anderen Krankenkassen sind in jedem Fall beizufügen.</small>				
Angehöriger lebt im gemeinsamen Haushalt				
<b>Renten / Pensionen</b>				
- Alters, Hinterbliebenen-, Erwerbsminderungsrenten				
- Unfallrenten und Grad der Erwerbsminderung	%	%	%	%
- Betriebsrenten oder Versorgungsbezüge				
- aus privater Versicherung				
<b>Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen</b>				
- Lohn/Gehalt aus einem Beschäftigungsverhältnis (auch Minijob) inklusive Einmalzahlungen				
- aus selbstständiger Tätigkeit				
<b>Entgeltersatzleistungen</b>				
- Arbeitslosengeld/Bürgergeld				
- Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld				
- Mutterschaftsgeld				
<b>Erträge</b>				
- aus Vermietung und Verpachtung				
- Zinsen aus Kapitalvermögen				
<b>Sonstiges</b>				
- Unterhalt				
- Sozialhilfe (z. B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Barbetrag bei Heimunterbringung)				
- sonstige Einnahmen				

YRCMO22002 14401

