

Bestätigung über die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse

Meine Tochter / mein Sohn / ich

geb. am gehört / gehöre folgender Krankenkasse an:

.....

.....

.....

Meine Tochter / mein Sohn ist / ich bin familienversichert *

Meine Tochter / mein Sohn ist / ich bin in eigener Person versichert *

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

* Nichtzutreffendes bitte streichen