



## Bestätigung über die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse

Meine Tochter / mein Sohn / ich .....

geb. am ..... ist/bin bei nachstehend genannter Krankenkasse

.....

.....

- familienversichert (Versicherungsnehmer: .....)
- in eigener Person versichert

.....  
(Ort, Datum)

.....  
**(Unterschrift Versicherungsnehmer)**