

Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr

Zutreffendes bitte ankreuzen

Leer bleibende Zeilen bitte durchstreichen!

Antragstellerin/Antragsteller	Versicherungsnummer		
	Lfd. Nr.	Geb.-Datum	
		Tag	Mon.
Familien- oder Nachname/n und Vorname/n:			
Anschritt:		Telefon-Nr.:	
ledig			
verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft lebend		geschieden oder	
verwitwet oder hinterbliebene/r eingetragene/r Partner/in		aufgelöste eingetragene Partnerschaft	

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:				
Sonstige Einkommen (z.B. Lohn, Unterhaltsanspruch):				
monatlich (wöchentlich):	EUR	brutto	EUR	netto
Vermögen oder Realbesitz:				

Ehegattin/Ehegatte oder eingetragene/r Partnerin/Partner bzw. Lebensgefährtin/Lebensgefährte	Versicherungsnummer			
	Lfd. Nr.	Geb.-Datum		
		Tag	Mon.	Jahr
Familien- oder Nachname/n und Vorname/n:				
Pension (Rente):	EUR	brutto	EUR	netto
		davon Pflegegeld:	EUR	
Anstalt und Aktenzeichen:				
Pension (Rente):	EUR	brutto	EUR	netto
Anstalt und Aktenzeichen:				
Sonstige Einkommen (z.B. Lohn, Unterhaltsanspruch):				
monatlich (wöchentlich):	EUR	brutto	EUR	netto
Vermögen oder Realbesitz:				

Weitere Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben				
Familien- oder Nachname/n und Vorname/n	Geburtsdatum	Art der Verwandtschaft	monatl. Netto- einkommen	Art und Quelle des Einkommens

Sonstige Angaben
<p>Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenbedarf führen:</p> <p>Anzahl der monatlich benötigten Medikamentenpackungen:</p> <p>Welche?</p> <p>Muss aufgrund von Krankheiten Diät gehalten werden?</p> <p>Wenn ja, welche Diät?</p> <p>Sonstige außerordentliche Belastungen?</p>

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

<p>Bearbeitungsvermerk der Kasse</p> <p>In die vorhandenen Unterlagen wurde Einsicht genommen:</p> <p>_____ Datum _____ Stempel und Unterschrift</p>
