

Das Formular können Sie am Bildschirm ausfüllen, ausdrucken und per Post an die angegebene Adresse senden bzw. persönlich dort abgeben. Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen kann nicht auf Ihre rechtsverbindliche Unterschrift verzichtet werden. Daher ist derzeit eine Online-Übermittlung leider nicht möglich.

Ausbildungsförderung, Schulwesen

Telefon: 09371 501-343  
Fax: 09371 501-79343  
E-Mail: alexandra.guenther@lra-mil.de

**Sie erreichen uns**

Mo von 8 - 16 Uhr  
Di von 8 - 16 Uhr  
Mittwoch von 8 - 12 Uhr  
Donnerstag von 8 - 18 Uhr  
Freitag von 8 - 13 Uhr

Bitte vereinbaren Sie einen Termin.

Landratsamt Miltenberg  
Sachbereich 122  
Brückenstraße 2  
63897 Miltenberg

## Versicherungsnachweis im Zusammenhang mit der Beantragung des Kranken und Pflegeversicherungszuschlages nach § 13a Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Name der Krankenkasse

Anschrift

Tel.-Nr./E-Mail

### Bestätigung:

Frau/Herr

Vorname, Nachname  geb. am

Krankenversicherten-Nr. (KVNR):

ist bei uns seit dem

als versicherungspflichtiger Student oder Praktikant nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V/§20 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB XI versichert

als freiwilliges Mitglied versichert. Die Beiträge werden nach § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V/§ 57 Abs. 4 SGB XI in Höhe des Studentenbeitrags berechnet.

als freiwilliges Mitglied nach § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 KVLG 1989/ § 20 Abs. 3 SGB XI versichert.

Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich  EUR\*

Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich  EUR\*

als Pflichtmitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989/ § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI versichert.

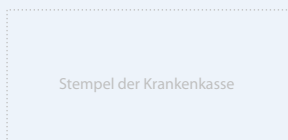
Der Beitrag zur Krankenversicherung beträgt monatlich  EUR\*

Der Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt monatlich  EUR\*

*\*Im Zusammenhang mit den Angaben über die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung kann auch ein separater Beitragsbescheid eingereicht werden, sofern dieser gemeinsam mit dem Versicherungsnachweis vorgelegt wird.*

Ort, Datum

Stempel der Krankenkasse



Unterschrift (Sachbearbeiter/in der Krankenkasse)