

Absendende Krankenkasse

Zuständiger Leistungsträger  
nach dem SGB II

Datum

**Meldung zur Familienversicherung im Zusammenhang mit der versicherungsrechtlichen  
Beurteilung von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen**

Herr /Frau

<<Name, Vorname, Geburtsdatum>>

<<Straße, Hausnummer>>

<<Postleitzahl, Wohnort>>

<<Krankenversicherten-Nr. und AZ/Kundennummer des zuständigen Leistungsträgers>>

- ⑥ ist bei uns nicht mehr familienversichert. Die Familienversicherung endet zum <<Ende-Datum>> wegen <<Ende-Grund>>.
- ⑥ ist ab <<Ab-Datum>> familienversichert.
- ⑥ Eine Familienversicherung besteht nicht.

Bitte prüfen Sie, ob nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V Versicherungspflicht zur Krankenversicherung besteht und nehmen ggf. die erforderlichen Meldungen für die betroffenen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft vor.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)