

Anlage 1

STADT HOF - Postfach 16 65 - 95015 Hof

Hof, den
Telefon:

Frau/Herr

Zurück an
Stadt Hof
Fachbereich Soziales
Klosterstr. 3
95028 Hof

Sozialhilfe – Erklärung zur Wahl der Krankenkasse;

Az.:

Ich wähle folgende gesetzliche Krankenkasse als meine künftige Krankenkasse:

- AOK Bayern Direktion Hof
- Barmer Ersatzkasse Hof
- DAK Hof
- IKK Hof
- BKK Textilgruppe Hof
- Andere Krankenkasse:

Personen (Haushaltsvorstand und dessen Angehörige), für die die Krankenkasse gewählt wird:

Name, Vorname des Haushaltsvorstandes	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsan- gehörigkeit	Geschlecht	Rentenversicherungsnummer

Angehörige:

Name, Vorname der Angehörigen	Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsan- gehörigkeit	Geschlecht	Stellung zum Haushaltsvorstand (z.B. Ehegatte, Kind etc.)	Rentenversicherungsnummer

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bin mit der Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten an die Krankenkasse einverstanden. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung zwingend benötigt.

(Unterschrift des Haushaltsvorstandes)