Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

Angaben zum Antragsteller	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift	E-Mail-Adresse

Familienstand

☐ verheiratet ☐ ledig ☐ verwitwet

☐ geschieden seit _____ ☐ getrennt lebend seit _____

Antrag für Kalenderjahr(e)

☐ **2026** ☐ **2025** ☐ **2024** ☐ **2023** ☐ **2022**

Folgende Angehörige leben mit mir in einem gemeinsamen Haushalt

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Mitglied:				BKK Pfalz
Ehegatte:				
1. Kind:				
2. Kind:				
3. Kind:				

Bankverbindung

IBAN	BIC	Geldinstitut	Name des Kontoinhabers

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben auf Seite 1 und Seite 2 (Art des Einkommens) des Antrages. Ich informiere die BKK Pfalz sofort über Änderungen. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Die Hinweise auf dem beiliegenden Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

_____ _____

(Datum) (Unterschrift)

Art des Einkommens (jährlich)	Hinweise (Was wird angerechnet? / Welcher Nachweis wird benötigt?)	Mitglied	Ehegatte	weitere Angehörige
Arbeitsentgelt aus einer (geringfügigen) Beschäftigung	Bruttoentgelt / Lohnabrechnung	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Einkünfte aus **selbständiger Tätigkeit**	Steuerbescheid	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Arbeitslosengeld I	Leistungsbetrag / Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Arbeitslosengeld II / Grundsicherung	Bewilligungsbescheid des Jobcenters oder Sozialamts	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Elterngeld, Übergangsgeld o.ä.)	Bewilligungsbescheid des Leistungsträgers	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. Alters- oder Hinterbliebenenrenten, Erwerbsminderungsrenten o.ä.)	Bruttorente / Rentenbescheid	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Betriebsrenten & Versorgungsbezüge	Bruttobeträge / Rentenbescheid oder Bezugsmitteilung	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Sonstige Renten (z.B. Unfallrenten, Renten aus privater Rentenversicherung, Auslandsrenten o.ä.)	Bruttorente bzw. Nettobetrag wenn beitragsfrei / Rentenbescheid oder ähnlicher Nachweis	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Einkünfte aus **Vermietung, Verpachtung** oder **Kapitalvermögen**	Mieten ohne Betriebskosten (Kaltmiete) – z.B. Kopie des Mietvertrags / Zinsbescheinigung / Steuerbescheid	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Sonstige Einnahmen (z.B. Unterhaltszahlungen)	Kontoauszug o.ä. geeigneter Nachweis	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €	☐ Ja ☐ Nein _____ €
Jahresbruttoeinnahmen gesamt:				

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Ich informiere Sie sofort über Änderungen.

_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift	Telefonisch erreichbar	E-mail-Adresse

BKK Pfalz

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V 55

Seit _____
(mindestens 4 Quartale zurückliegend)
ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.

behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) *(ICD-10)*

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich

- ☐ ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar
- ☐ ja, voraussichtlich bis _____
- ☐ nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen

Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.

In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.

Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.

Angaben zum antragstellenden Versicherten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer _____

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR.
Muster 55/E (10.2016)

Informationsblatt

Einkommensart		Nachweise aus dem Antragsjahr
Arbeitsentgelt aus Beschäftigung (auch Minijobs)	→	Kopie der Lohnabrechnungen
Einmalzahlungen wie **Urlaubs-** und **Weihnachtsgeld**	→	Kopie der Lohnabrechnung, auf der die Einmalzahlung ausgewiesen ist
Arbeitsentgelt aus nebenberufl. Tätigkeit	→	Kopie der Lohnabrechnung
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	→	Kopie des Einkommenssteuer-bescheides des Finanzamtes
Arbeitslosengeld I oder **Arbeitslosengeld II**	→	Kopie des Bewilligungsbescheides der Agentur für Arbeit
Rente der Deutschen Rentenversicherung oder gesetzl. Unfallversicherung	→	Rentenmitteilung
Rentenähnliche Einnahmen **Betriebsrente, Auslandsrente**	→	Kopie der Rentenmitteilung
Rente aus privater Lebens- oder Unfallversicherung	→	Kopie der Mitteilung über die Renten-höhe
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapital (Zinsen)	→	Kopie des Einkommenssteuer-bescheides des Finanzamtes
sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt	→	Kopie des Bewilligungsbescheides Kopie des Kontoauszuges (Gutschrift)

Folgende Zuzahlungen werden berücksichtigt:

Krankenhauszuzahlungen, Eigenanteile für Medikamente, Haushaltshilfe, Fahrkosten und Kuren (bezahlt von Ihrer BKK Pfalz)

Heilmittel	→	z.B. Krankengymnastik, Lymphdrainage,Manuelle Therapie, Massagen, Ergotherapie, Logopädie
Hilfsmittel	→	z. B. Badewannenlifter, Einlagen, Gehhilfen, Bandagen, Blutdruckmessgerät