
Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

**Landkreis Holzminden
-Elternservice-
Bgm.-Schrader-Str.24
37603 Holzminden**

Antrag auf Erstattung

der hälftigen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für Tagespflegepersonen

Ich betreue im Jahr 20_____ Kinder in öffentlich geförderter Kindertagespflege.

Ich bin bei der Krankenkasse _____
seit dem _____ freiwillig gesetzlich krankenversichert.

Der Beitrag beträgt monatlich _____ € und wird von mir vollständig an die
Krankenkasse entrichtet.

Die Erstattung in Höhe des hälftigen Beitrags soll monatlich auf folgendes Konto erfolgen:

Bank: _____

IBAN: _____

**Den aktuellen Beitragsbescheid füge ich bei, Änderungen werde ich unverzüglich
mitteilen.**

Datum, Unterschrift TPP