
Name, Vorname

Straße/ Hausnummer

An

PLZ/ ORT

Telefon

Geburtsdatum

(Bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse hier eintragen)

Aktenzeichen im KreisJobCenter (wenn bekannt)

Wahl einer Krankenkasse aufgrund der Pflichtversicherung im Rahmen des Leistungsbezuges nach dem SGB II

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich wurde darüber informiert, dass ich bei Bezug von Leistungen nach dem SGB II grundsätzlich sozialversicherungspflichtig bin und, da ich derzeit keine Kranken-/ Pflegeversicherung habe, eine Kranken -/ Pflegekasse zu wählen habe.

Ich teile Ihnen mit, dass ich mich für Sie entschieden habe.

Ich bitte Sie, mich ab dem _____ als Mitglied aufzunehmen und dem **KreisJob-Center des Landkreises Marburg-Biedenkopf**,

- Regionalcenter Biedenkopf, Kiesackerstrasse 12, 35216 Biedenkopf
- Regionalcenter Marburg, Raiffeisenstr. 6, 35043 Marburg
- Regionalcenter Stadtallendorf, Bahnhofstrasse 2, 35260 Stadtallendorf

umgehend eine Mitgliedsbescheinigung zu übersenden, damit von dort eine Anmeldung erfolgen kann.

Weiterhin bitte ich um Zusendung der Krankenversichertenkarte(n).

Ich bin bereits bei folgender Krankenkasse versichert (bei Wechsel):

(bitte Bezeichnung der Krankenkasse, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben)

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert (wenn bekannt):

(bitte Bezeichnung der Krankenkasse, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben)

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift