

Veränderungsmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Träger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Name

IK

Aktenzeichen

Meldegrund

☐

Namensänderung

☐

Änderung Aktenzeichen des Trägers nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

☐

Anschriftenänderung

Haushaltsvorstand (immer angeben, auch wenn nur der Familienangehörige gemeldet wird)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Namensänderung (bisheriger Name)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)

Stempel und Unterschrift des Trägers nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners