



## Antrag auf Befreiung von der Rezept(Krankenschein)gebühr

Zutreffendes bitte ankreuzen

<b>Versicherte(r)</b>	Versicherungsnummer						
Familienname:.....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Ifd. Nr.</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Tag    Monat    Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">     </td> <td style="text-align: center;">           </td> </tr> </table>	Ifd. Nr.	Geburtsdatum		Tag    Monat    Jahr		
Ifd. Nr.	Geburtsdatum						
	Tag    Monat    Jahr						
Vorname: .....							
Anschrift: .....							
Telefon Nr.: .....							
Familienstand:      ledig      verheiratet      getrennt lebend      verwitwet      geschieden							

<b>Für wen wird die Befreiung von der Rezept(Krankenschein)gebühr beantragt ?</b>
<p>Versicherte(n) und Angehörige(n)</p> <p>Nur für den Angehörigen</p> <p>Name ..... VSNR. und Geburtsdatum: .....</p>

<b>Einkommen des Versicherten</b>	
Art und Höhe des monatlichen Netto-Einkommens:  (z.B.: Lohn, Gehalt, Pension, Rentenbezug aus der Unfallversicherung, Rentenbezug nach dem KOVG bzw. OFG, Bezug einer Leistung nach dem ALVG)	
	EUR .....
Auszahlende Stelle (bei Renten und Pensionen):  .....	
Sonstige Einkünfte:  (eigene Erwerbstätigkeit, Vermietung, Verpachtung, Ausgedinge, Unterhaltsleistungen)	
	EUR .....
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft:  Letzter Einheitswert	
	EUR .....

**Als Nachweis sind die entsprechenden Unterlagen beizuschließen** (z.B.: Verständigung der Pensionsversicherungsanstalt, des Bundessozialamtes usw. über die Höhe und die Zusammensetzung der ab 1. Jänner des laufenden Kalenderjahres gewährten Leistung; Mitteilung des Arbeitsmarktservice, Lohnbestätigung; letzter Einheitswertbescheid, Pachtvertrag, Übergabevertrag, Einkommensteuerbescheid).

## Alle Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben

Familienname, Vorname(n)	VSNR. Geburtsdatum	Art der Verwandtschaft	monatl. Nettoeinkommen	Art und Quelle des Einkommens

### Ärztliche Bestätigung

Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenbedarf führen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art und Anzahl der monatlich benötigten Medikamentenpackungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muss auf Grund von Krankheiten Diät gehalten werden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestätigung des Arztes:

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen – bei sonstiger Schadenersatzpflicht – unverzüglich der KGKK bekanntzugeben. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprechen haben, nehme ich zur Kenntnis, dass ich den der KGKK dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Bearbeitungsvermerk der KGKK

Richtsatz: EUR .....

In den vorliegenden Unterlagen wurde Einsicht genommen:

Summe der Einkünfte: EUR .....

Rezeptgebührenbefreiung vorläufig bis: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung abgelehnt !

\_\_\_\_\_  
Sachbearbeiterin / Sachbearbeiter