



**Zurück an:**

Kreisausschuss des  
Rheingau-Taunus-Kreises  
Fachdienst Soziales  
Heimbacher Str. 7  
65307 Bad Schwalbach

**Wahl einer Krankenkasse im Rahmen der Gesundheitsreform nach § 264 Abs. 3  
Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (neue Fassung) –SGB V**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift:	
Nationalität	
Ggfs. Familienangehörige ohne Krankenversicherung	
(Namen, Vornamen)	
Ggfs. Rentenversicherungsnummer des Haushaltsvorstandes:	
Ggfs. letzte Krankenkasse, bei der eine Mitgliedschaft bestand	

Ich möchte bei der \_\_\_\_\_ (Name und Sitz der  
Krankenkasse angeben) versichert werden.

Ich versichere, dass ich die Krankenversichertenkarte an das Sozialamt zurückgeben werde, sobald die Leistungsvoraussetzungen durch Umzug, Arbeitsaufnahme, Familienversicherung o.ä. nicht mehr vorliegen, da ich ansonsten unter Umständen zu Unrecht gezahlte Leistungen an das Sozialamt erstatten muss. Sobald ich bei einer anderen Krankenkasse pflicht- oder familienversichert werde, teile ich diese dem Sozialamt unverzüglich mit.

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und erkläre mich mit der Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten einverstanden. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung benötigt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)