

Name, Vorname

LBV-Personalnummer

**Bescheinigung für die Erstattung
von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung**

§ 13 Abs. 2 Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW

Bitte von der Kranken-, Pflegeversicherung ausfüllen lassen

Hiermit wird bescheinigt, dass für

Name, Vorname

Geburtsdatum

und das Kind / die Kinder

während der gesamten Dauer der Elternzeit

unter der Versicherungsnummer o.ä.

von _____ bis _____

ein Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis besteht bzw. bestanden hat.

Der Beitrag zu dieser Kranken- und Pflegeversicherung (ohne Anwartschaften und Beitragsanteile, die beispielsweise auf Beihilfeergänzungstarife entfallen oder Lücken bei der Beihilfe abdecken sollen wie z.B. Krankenhaustagegeld, Zusatztarife für Brillen oder Zahnersatz, Ruhensbeträge) beträgt bzw. betrug während des oben genannten Zeitraums monatlich:

für	ab	Prozentsatz	EUR

sonstige Bemerkungen:

Bezeichnung oder Stempel der Kranken-, Pflegeversicherung
bzw. Kranken-, Pflegekasse

Datum, Unterschrift