[Vorname Nachname]
[Straße Hausnummer]
[PLZ Ort]

[Vorname Nachname] · [Straße Hausnummer] · [PLZ Ort]

[Name der Krankenkasse]
[Straße Hausnummer oder Postfach]
[PLZ Ort]

Datum
[TT.MM.JJJJ]

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen und Erstattung nach § 62 SGB V – Versichertennummer [Versichertennummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V für das Kalenderjahr [Jahr] sowie die Erstattung der Zuzahlungen, die die Belastungsgrenze übersteigen. Antragsteller ist [Vorname Nachname, geboren am TT.MM.JJJJ, Anschrift wie oben].

Zu meinem Haushalt gehören [Anzahl] Angehörige, davon [Anzahl] Kinder. Die Bruttoeinnahmen des Haushalts betrugen im Jahr [Jahr] rund [Betrag] Euro; Nachweise füge ich bei. Die Zuzahlungen aller Haushaltsangehörigen beliefen sich bisher auf [Betrag] Euro; die Quittungen liegen bei.

[Optional: Ich bin wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung. Eine ärztliche Bescheinigung füge ich bei. Ich beantrage daher die Anwendung der Belastungsgrenze von 1 Prozent.]

[Optional: Ich beantrage außerdem die Erstattung der Zuzahlungen aus dem Jahr [Jahr], die die damalige Belastungsgrenze überstiegen haben; die Quittungen liegen bei.]

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf mein Konto [IBAN] und übersenden Sie mir die Befreiungsbescheinigung.

Mit freundlichen Grüßen

_____
[Vorname Nachname]