


 Name und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse,  
 die kraft Gesetzes für die Befreiung zuständig ist  
 (jede bundesweit tätige, geöffnete Krankenkasse)

### Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht gemäß § 8 SGB V

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

- ☐ **Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer(in) wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze**  
 Ich bin als Angestellte(r) / Arbeiter(in) krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze am 01.01. ....  
 Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

- ☐ **Krankenversicherungspflicht als Rentner**  
 Ich bin als Rentner(in) krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V, weil ich am ... einen Antrag auf Rente gestellt habe / noch stellen werde.  
 Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Name und Anschrift des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung

- ☐ **Krankenversicherungspflicht als Arzt / Ärztin im Praktikum**  
 Ich bin als Arzt / Ärztin im Praktikum krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch Aufnahme dieser Beschäftigung am ....  
 Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 6 SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Name und Anschrift der Stelle, bei der die Beschäftigung stattfindet

- ☐ **Krankenversicherungspflicht als Praktikant(in)**  
 Ich bin als Praktikant(in) krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V am ... durch Aufnahme einer in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenen berufspraktischen Tätigkeit oder einer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt oder einer Ausbildung des zweiten Bildungsweges in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz.  
 Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Name und Anschrift des Betriebes, der das Praktikum / die Ausbildung durchführt

- ☐ **Krankenversicherungspflicht als Student(in)**  
 Ich bin als Student(in) krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V durch die Einschreibung als Student(in) an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule, die am ... erfolgt (ist).  
 Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Name und Anschrift der Hochschule

- ☐ **Krankenversicherungspflicht wegen Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld**  
 Ich bin krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wegen Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld ab ....  
 Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Anschrift des zuständigen Arbeitsamtes

- ☐ **Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer(in) wegen Teilzeitarbeit**  
 Ich bin als Arbeitnehmer(in) krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, weil meine Arbeitszeit am ... auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wurde / wird.  
 Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

- ☐ **Krankenversicherungspflicht wegen einer nicht vollen Erwerbstätigkeit während der Elternzeit**  
 Ich bin als Arbeitnehmer(in) krankenversicherungspflichtig geworden / werde krankenversicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ab ... wegen Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgesetzes während der Elternzeit. Ich beantrage gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V die unwiderrufliche Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht für die Dauer der Elternzeit.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Ich bitte Sie, mir die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht schriftlich zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift