Anlage 3 zur Fachanweisung zu § 264 Absatz 1 SGB V

*Briefkopf Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung*

*bzw.*

*Briefkopf Bezirk –GS*

*inkl. SO-Aktenzeichen*

AOK Bremen/Bremerhaven

Ersatzleistungsbereich

Columbusstraße 1

27570 Bremerhaven

**Abmeldung / Stornierung der Anmeldung für die Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht versicherungspflichtige leistungsberechtigte Personen nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 264 Absatz 1 SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachstehend erhalten Sie die folgende Abmeldung □ / Stornierung □ der Anmeldung des Träger der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Freie und Hansestadt Hamburg (IK 131580082) nach § 264 Abs. 1 SGB V

für

***Eingabe durch Prosa***

…………………. …………… ………………. …………………

*Name Vorname Geburtsdatum Stornierung.*

***Eingabe durch Prosa***

…………………. ……………

*Geburtsname Geburtsort*

***Eingabe durch Prosa***

*Meldezeitraum*

…………………. …………… Ja □ Nein □

*Beginn Ende Krankenversicherungskarte beigefügt*

Bitte bestätigen Sie uns die Abmeldung / Stornierung und senden Sie die diesbezüglich beigefügte Anlage (Bestätigungsschreiben) an die oben angegebene Anschrift zurück.

Mit freundlichen Grüßen

AOK Bremen/Bremerhaven

Ersatzleistungsbereich

Columbusstraße 1

27570 Bremerhaven

*Briefkopf Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung*

*bzw.*

*Briefkopf Bezirk –GS*

*inkl. SO-Aktenzeichen*

**Abmeldung / Stornierung der Anmeldung für die Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht versicherungspflichtige leistungsberechtigte Personen nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 264 Absatz 1 SGB V**

**Ihr Schreiben vom**

***inkl. SO-Aktenzeichen***

Sehr geehrte Damen und Herren,

die AOK Bremen/Bremerhaven bestätigt hiermit die Abmeldung □ / Stornierung □ der Anmeldung für die nachstehende Person zum ………………..

Ja □ Nein □

*Krankenversicherungskarte erhalten*

***Eingabe durch Prosa***

…………………. …………… ………………. …………………

*Name Vorname Geburtsdatum Versichertennr.*

Datum Unterschrift