



Hiermit beantrage ich die Erstattung folgender von mir zu entrichtender Beiträge:

Art der Versicherung	Jahr	Monatlicher Beitrag	Nachweis ist beigefügt	Nachweis wird nachgereicht
Rentenversicherung				
Krankenversicherung				
Pflegeversicherung				
Krankentagegeldversicherung				
Unfallversicherung				

- Ich bitte um monatliche Auszahlung für das laufende Jahr, die tatsächlich von mir geleisteten Zahlungen werde ich bis zum 31.07. des Folgejahres nachweisen.
- Ich bitte um Auszahlung des Gesamtbetrages für das vergangene Jahr, Nachweise über die tatsächlich von mir geleisteten Zahlungen habe ich beigefügt.
- Ich versichere, dass ich die Kostenübernahme ausschließlich bei der Stadt Löhne beantrage.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)