

BEHI

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

Maximilianstraße 53
81537 München

Versicherungsnummer

Antragssumme

Antrag auf Beihilfe

1. Persönliche Daten

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon E-Mail-Adresse (falls gewünscht) Telefax

Bankverbindung (BITTE IMMER AUSFÜLLEN)

Kontoinhaber Kreditinstitut

IBAN BIC

2. Antragsteller

Beamter Angestellter/Arbeiter Angestellter mit beamt. Versorg./DO-Angest. Saisonarbeiter Vers.-Empf./Rentner

auf Widerruf seit

Beschäftigungsbeginn Dienstherr/Arbeitgeber vollzeitbeschäftigt

teilzeitbeschäftigt seit Wochenstunden

Bei Teilzeitbeschäftigten:
Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt Altersteilzeit (auch aktive Phase) seit Wochenstunden

in Elternzeit von bis mit ohne Beschäftigung Beschäftigungsverhältnis endet zum

Familienstand ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden verwitwet seit

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen Rente Vollwaisengeld

3. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/eingetragener Lebenspartner Geburtsdatum

Berufstätig in den letzten 12 Monaten? nein ja

Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung Angestellter/Arbeiter Hausfrau/mann in Elternzeit

selbst./freiberufl. Rentner

Arbeitgeber tätig seit

Eigener Beihilfeanspruch? nein ja seit wann Wo.-Std.

Teilzeitbeschäftigt? nein ja

Dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen im Vorvorkalenderjahr über 21 832 Euro* unter 21 832 Euro* (Stand 2025) – nur bei Beihilferecht Bayern ankreuzen

im Vorvorkalenderjahr über 18 000 Euro unter 18 000 Euro – nur bei Beihilferecht Thüringen ankreuzen

* Vgl. auch Nr. 4 der Hinweise zum Erstattungsantrag auf der letzten Seite

BEHI

FNR315344

Seite 1 von 3 Seiten

BITTE IMMER AUSFÜLLEN

4. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder, Kinder für die Kindergeldanspruch besteht (auch Kinder, für die bei einer zweiten Berufsausbildung oder einem Zweitstudium nur wegen dem Umfang der Erwerbstätigkeit kein Kindergeld zusteht).

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Vorname, ggf. Familienname	Geburtsdatum	Welche Person (Name) erhält das Kindergeld?	Art der Ausbildung (Schulausbildung, Berufsausbildung, Studium)	von		bis	
1.							
2.							
3.							
4.							

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehrdienst) seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? seit

5. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Private Zusatzversicherung	Bei privater Krankenversicherung				Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				
					Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif	
Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/ Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)

nein ja Wer gewährt den Zuschuss? Arbeitgeber Rentenversicherungsträger

Antragsteller Höhe des Zuschusses Euro seit

Ehegatte/eingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses Euro seit

Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung) Euro

7. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung? (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Gesetz für soziale Entschädigung SGB XIV) oder erhalten Sie einen weiteren Versorgungsbezug?

nein ja ► **Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.**

8. Nur ausfüllen bei Unfällen (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)

Es handelt sich um

einen Dienstatunfall einen Arbeitsunfall/Schulunfall einen Privatunfall eine Berufskrankheit ein anderes schädigendes Ereignis

Unfalldatum Liegt ein Fremdverschulden vor? nein ja Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? nein ja

Um welche Belege handelt es sich? Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!

Gegebenenfalls Versicherungsgesellschaft und Aktenzeichen angeben:

9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen

Die Behandlung wurde durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der behandelten Person).

Name des nahen Angehörigen

