



Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Josef Pongratz-Platz 1
8011 Graz

Unterstützungserklärung zur Selbstversicherung in der Krankenversicherung

Bezugszeichen:

Ich/wir erkläre(n), dass ich/wir Herrn/Frau

....., geboren am.....

wohnhaft in
(PLZ/Ort/Straße/Nr.).....

monatlich mit einem Betrag vonunterstütze(n) und zwar für:
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Miete plus Betriebskosten (Belege) | EUR..... |
| <input type="checkbox"/> Kosten für die Lebenshaltung | EUR..... |
| <input type="checkbox"/> Taschengeld | EUR..... |
| <input type="checkbox"/> Freie Kost und Logis | EUR..... |
| <input type="checkbox"/> | EUR..... |
| Gesamtsumme | EUR..... |

Name(n) und Anschrift(en) der unterstützenden Person(en):

.....
.....

Ort / Datum:.....Unterschrift(en):.....