
Eingangsdatum Krankenkassen-Kontrollstelle

Antrag für die Individuelle Prämienverbilligung 2025

Antragsteller/in:
AHV-Nummer
Steuerregister-Nr.

1. Abschnitt: Die folgenden Daten sind uns bekannt:
Antragsteller/in Ehepartner/in, Kinder mit Jahrgang 2007 - 2024 (G = Geschlecht w/m)

Antragsteller/Antragstellerin		Voraussichtlicher Betrag der Prämienverbilligung (IPV)					Fr.
Name	Vorname	Geburtsdatum	G	Zivilstand	seit	EL	
Strasse		PLZ		Ort		Krankenkasse KVG *	

Gemeinsam besteuerte/r Ehegatte/in, Partner/in		Voraussichtlicher Betrag der Prämienverbilligung (IPV)					Fr.
Name	Vorname	Geburtsdatum	G	Zivilstand	seit	EL	
Strasse		PLZ		Ort		Krankenkasse KVG *	

Kinder der Jahrgänge 2007 – 2024:

Name	Vorname	Geburtsdatum	G	Krankenkasse KVG *	EL	IPV-Betrag
1)						Fr.
2)						Fr.
3)						Fr.
4)						Fr.
5)						Fr.
6)						Fr.
7)						Fr.

*** Krankenkasse KVG per 01.01.2025**

Falls keine Krankenkasse oder die aufgeführte Krankenkasse nicht korrekt ist, legen Sie bitte die neue Police diesem Antrag bei.

**** Ergänzungsleistungen (EL)**

Wir werden Ihrem Versicherer den Betrag direkt überweisen.

Bitte beachten Sie die Rückseite!

2. Abschnitt: Allgemeine Fragen

Ist die Mitteilung an Sie als Antragsteller oder Antragstellerin zuzustellen?
Wenn nein, an welche Zustelladresse?

ja nein

Name Vorname Geburtsdatum Adresse PLZ Ort

3. Abschnitt: Stimmen alle Angaben?

Haben Sie die Angaben auf diesem Antragsformular Punkt für Punkt auf Richtigkeit und Vollständigkeit kontrolliert, falsche und/oder fehlende Angaben ergänzt oder gestrichen?

Wenn alle Angaben vollständig sind, senden Sie uns dieses Antragsformular bitte unterschrieben zurück.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben:

Datum Unterschrift Antragsteller/in und/oder Ehepartner/in, Partner/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

4. Abschnitt: Durch die Gemeinde auszufüllen

Neubemessung: Steuerschlussrechnung Datum _____
 EL-Rückforderungsverfügung Datum _____
 Entscheid Bezug Sozialhilfe Datum _____
 Neuberechnung Quellensteuer Datum _____
 _____ Datum _____

Leistungsaufschub / Eintrag Kamesa seit _____
(Auszahlung erfolgt an den Krankenversicherer)

Sozialhilfeunterstützung nach §8 SHG vom _____ bis _____
(gemäss Entscheid Fürsorgebehörde, vom _____ bis _____
Auszahlung erfolgt an den Krankenversicherer)

Die Gemeinde bestätigt die Richtigkeit der beantragten Prämienverbilligung sowie der angegebenen Personalien und der Familienverhältnisse. Der vorliegende IPV-Antrag wurde geprüft und wird zur Auszahlung freigegeben:

Datum

Stempel/Unterschrift (Krankenkassen-Kontrollstelle)