

## Prämienverbilligung in der Krankenversicherung 2025 für Grenzgängerinnen und Grenzgänger

### Personalien

#### GesuchstellerIn

Name

Vorname

Geschlecht

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

AHV-Nummer

Zivilstand

Krankenkasse (Grundversicherung KVG)

BAG Nr. der Krankenkasse (siehe Rückseite)

Telefon-Nr. (für allfällige Rückfragen)

#### EhepartnerIn

Name

Vorname

Geschlecht

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

AHV-Nummer

seit

Krankenkasse (Grundversicherung KVG)

BAG Nr. der Krankenkasse (siehe Rückseite)

Personen der Jahrgänge 2000 bis 2004  
befanden Sie sich am 01.01.2025 in Ausbildung?

Ja       Nein

Wenn ja, bitte Nachweis beilegen.

Ist der Ehepartner ebenfalls in der Schweiz erwerbstätig?

ja, im Kanton

Personen der Jahrgänge 2000 bis 2004  
befanden Sie sich am 01.01.2025 in Ausbildung?

Ja       Nein

Wenn ja, bitte Nachweis beilegen.

nein

## Kinder des Jahrgangs 2007 bis 2024

Angaben zu Ehepartner und Kindern sind nur auszufüllen, wenn diese ebenfalls in der Schweiz versichert sind.

Name, Vorname	m/ w	Geb. Datum	Krankenkasse / BAG Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Jugendliche des Jahrgangs 2005 bis 2006

Name, Vorname	m/ w	Geb. Datum	Krankenkasse / BAG Nr.
_____	_____	_____	_____

befanden Sie sich am 01.01.2025 in Ausbildung?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Nachweis beilegen.

## Einkommen und Vermögen

Wird auch für Familienangehörige ein Anspruch geltend gemacht, sind auch deren Vermögen und Einkommen aufzuführen:

Bruttoeinkommen 2023 in Deutschland:

Betrag	davon steuerpflichtig
_____	_____

Bruttoeinkommen 2023 in der Schweiz:

Betrag	davon steuerpflichtig
_____	_____

Reinvermögen 2023:

Währung	Betrag	davon steuerpflichtig
_____	_____	_____

## Erläuterungen

► Die BAG-Nr. der Krankenkasse finden Sie auf der Krankenversicherungskarte.

## Beilage

Dem Antrag sind Kopien von sämtlichen Lohnausweisen 2023 beizulegen.

## Unterschrift

Unwahre oder unvollständige Angaben können zur Anspruchsverweigerung führen. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückbezahlt werden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in
_____	_____

**Das Antragsformular ist bis spätestens 30. April 2025 einzureichen**