



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 von .....unterstütze(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.....        |
| <b>Gesamtsumme</b>  | <b>EUR.....</b> |

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

.....  
.....

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