

Eingangsstempel

☐ hohe Aufwendungen:  
(Gesamtbetrag in Euro)

Bundesverwaltungsamt  
Dienstleistungszentrum

## Vertrauliche Beihilfeangelegenheit

☐ Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen  
Papiervordruck beizufügen.

### Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Name, Vorname		Amts-/Dienstbezeichnung oder Dienstgrad	Besoldungs-/ Entgeltgruppe	Geburtsdatum
Behördenkennziffer und Personalnummer der Bundesbesoldungsstelle /		Geschäftsbereich BMVg: Personenkennziffer		
dienstliche Anschrift Dienststelle oder Einheit		Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort
Gebäude-/Zimmer-Nr.	Telefon (dienstlich, bitte mit Vorwahl)		E-Mail (dienstlich)	
Privatanschrift Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort		
Telefon (privat, bitte mit Vorwahl)		E-Mail (privat)		

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ und/oder ausfüllen

(Bei **erstmaliger Antragstellung** sowie bei **Änderungen in den persönlichen Verhältnissen** sind **durchgängig vollständige Angaben** notwendig.)

Sofern es sich **nicht** um einen Erstantrag handelt:

Die letzte Beihilfe wurde bewilligt am von der

#### 1 Angaben zu Status und Beschäftigung

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag ☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung:

<input type="checkbox"/> Beamtin / Beamter	<input type="checkbox"/> Berufssoldatin / Berufssoldat	<input type="checkbox"/> Soldatin auf Zeit / Soldat auf Zeit
<input type="checkbox"/> Richterin / Richter	<input type="checkbox"/> Dienstordnungsangestellte / Dienstordnungsangestellter	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte / Tarifbeschäftigter
<input type="checkbox"/> Versorgungsempfängerin / seit (Datum) Versorgungsempfänger	<input type="checkbox"/> Empfängerin / Empfänger von Übergangsgebühren	<input type="checkbox"/> Anw. ärterin / seit (Datum) Lehrgangs-Nr. Anw. ärter
<input type="checkbox"/> Witw e / des/der Verstorbenen (Name, Vorname) Witw er	<input type="checkbox"/> Waise des/der Verstorbenen (Name, Vorname)	

vollbeschäftigt, seit (Datum)	teilzeitbeschäftigt von-bis	mit Wochenstunden	befristet beschäftigt von-bis
<input type="checkbox"/>	-		-
Altersteilzeit von - bis	Elternzeit von-bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 92 Abs. 1 BBG von-bis	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von- bis (Bitte Nachweis beifügen)
-	-	-	-

Diensteintritt bzw. Beschäftigungsbeginn im öffentlichen Dienst	Inanspruchnahme der Regelung gem. § 11 TVÜmBw <input type="checkbox"/> Ja, seit (Datum)	Soldatin auf Zeit / Soldat auf Zeit Verpflichtungsdauer Jahre	von – bis (Datum) -
Gebührniszahlende Stelle:			

## 2 Angaben zum Familienstand

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag ☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung:

<input type="checkbox"/> ledig	verheiratet seit (Datum)	in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit (Datum)	getrennt lebend seit (Datum)	rechtskräftig geschieden seit (Datum)	verwitwet seit (Datum)
Wenn Sie verheiratet sind oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben: Angaben zur Ehegattin / zum Ehegatten / zur eingetragenen Lebenspartnerin / zum eingetragenen Lebenspartner Name, Vorname Geburtsdatum					
Berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beschäftigung im öffentlichen Dienst? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Bezeichnung der Behörde:					
Berufsbezeichnung (z. B. Beamtin/Beamter, Tarifbeschäftigte/r)					

## Werden Aufwendungen für die nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht?

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Überstiegen die Einkünfte Ihrer Ehegattin / Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehegatten / Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG – Gesamtbetrag der Einkünfte) im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den Betrag von 17.000 EUR?  
☐ nein ☐ ja

Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich übersteigen?  
☐ nein ☐ ja

Wenn Aufwendungen für die Ehegattin / Lebenspartnerin oder den Ehegatten / Lebenspartner geltend gemacht werden, ist dem Antrag als Nachweis des Jahreseinkommens aus dem vorletzten Kalenderjahr der Einkommensteuerbescheid beizufügen.

## 3 Im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsge setz berücksichtigungsfähige Kinder

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag ☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung:

Kind(er): Vorname Familienname	Geburts- datum	Ich beziehe den Famili- enzuschlag (FZ) seit *	Wegfall aus dem FZ bei mir ab *	Wiederauf- nahme in den FZ bei mir nach Unter- brechung ab *	Schüler/in	Auszubildende/r, Student/in (Zeitraum: von – bis)
1.					<input type="checkbox"/>	
2.					<input type="checkbox"/>	
3.					<input type="checkbox"/>	
4.					<input type="checkbox"/>	

\* Bei Änderungen bitte Nachweis beifügen.

## Ist ein Kind oder sind Kinder bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig?

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Welches Kind oder welche Kinder?	Bei wem?	ab (Datum)
----------------------------------	----------	------------

#### 4 Besteht für Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Beihilfeberechtigung als	Wer?	ab (Datum)	gegenüber wem
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter			
<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r			
<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in (§ 2 BeamtVG)			
<input type="checkbox"/> Abgeordnete/r (§ 27 AbgG)			

#### 5 Krankenversicherungsschutz

☐ erster Antrag bzw. vollständiger Langantrag ☐ keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ folgende Änderung:

Personen	Beginn oder Änderung des Versicherungsverhältnisses (Datum)	private Krankenversicherung *	gesetzliche Krankenversicherung **				freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenersatzungsanspruch ***	keine Krankenversicherung
			pfl. versichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familienversichert (§ 10 SGB V)	Zusatztarife (z. B. Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung)		
Beihilfeberechtigte Person		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Abs. 1 BBhV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bei **privater Krankenversicherung** ist bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen, aus der der Umfang der Versicherung (z. B. Prozenttarif, Basistarif) hervorgeht. Ist der vorliegende Versicherungsnachweis älter als fünf Jahre, werden Sie von Ihrer Beihilfestelle aufgefordert einen aktuellen Versicherungsnachweis vorzulegen.

\*\* Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, bitte Bescheinigung über die Mitgliedschaft der gesetzlichen Krankenkasse beifügen, aus der der Versicherungsbeginn und der Versicherungsstatus ersichtlich ist.

\*\*\* Ein **Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenersatzung** kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen. Sofern Aufwendungen für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person geltend gemacht werden, bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bitte auch etwaige **Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit** eintragen.

#### Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt?

(z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ☐ ja, folgende Änderung (bzw. erster Antrag):

Welcher Person? (Name, Vorname)	ab (Datum)	Höhe des monatlichen Zuschusses
1.		
2.		

Nur anzugeben, von privat krankenversicherten Tarifbeschäftigten:

Der Beitrag zur privaten Krankenversicherung betrug im Monat der Antragstellung € (bitte Nachweis beifügen).

#### Wurden Leistungen aus einer Auslandsreisekrankenversicherung gewährt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweis (Kopie) beifügen.
-------------------------------	--

#### 6 Gesetzliche Rente (nicht Versorgungsbezüge)

Beziehen Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine gesetzliche Rente?

☐ nein ☐ ja

Name, Vorname	Art der Rente	seit (Datum)	Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner	
1.			<input type="checkbox"/> besteht nicht.	<input type="checkbox"/> besteht.
2.			<input type="checkbox"/> besteht nicht.	<input type="checkbox"/> besteht.

Haben Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

☐ nein ☐ ja

Name, Vorname	beantragt am (Datum)	Der Antrag ist noch ohne Entscheidung	befürwortet, lt. Schreiben vom (Datum)	abgelehnt, lt. Schreiben vom (Datum)
1.		<input type="checkbox"/>		
2.		<input type="checkbox"/>		

**7 Sind Sie Empfänger/in von Übergangsgebühren?** (Diese Frage ist ausschließlich im Geschäftsbereich BMVG relevant.)

☐ nein ☐ ja Der Bescheid über die Gewährung der Übergangsgebühren ist zwingend beizufügen.

Übergangsgebühren stehen mir zu von – bis (Datum)	nach § 11 Absatz 2 oder Absatz 4 SVG ab:	nach § 11 Absatz 5 SVG ab:	Falls Sie Student/in werden oder bereits sind, ab/seit wann? (Datum)	Sind Sie in der Fachausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-				
Sind Sie berufstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit (Datum) als (Berufsbezeichnung)				
Arbeitgeber (Name/Firmenbezeichnung, Anschrift)				
Sind oder waren Sie aufgrund dieser Tätigkeit selbst beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Handelt es sich um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

**8 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?**

☐ nein ☐ ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!) ☐ ja (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um <input type="checkbox"/> einen Dienstatunfall <input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einen Schulunfall <input type="checkbox"/> einen sonstigen Unfall <input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Berufskrankheit)				
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? <small>Bitte auch Belege mit dem Hinweis „Unfall“ versehen.</small>		Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? <small>(Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine)</small> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer				

**9 Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Heilpraktiker/in, Heilbehandler/in usw.) geltend gemacht?**

☐ nein ☐ ja. Der/Die Behandelnde ist

Ehegattin/Ehegatte oder Lebenspartner/in	Kind	Elternteil	der behandelten Person.	Beleg-Nr. <small>(Bitte ggf. Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**10 Wird eine Pauschalbeihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit geltend gemacht?**

☐ nein ☐ ja

Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> III H		Pflege <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	Leistungszusage mit aktueller Pflegestufe der Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei
Name der pflegebedürftigen Person		Name der pflegenden Person	Zeitraum (vom - bis zum) -
pauschaliertes Pflegegeld wird beantragt für den Monat/die Monate:			
Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom – bis zum (einschl.) Grund -			

**11 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die *Versicherungsleistungen individuell ausgeschlossen* oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?**

☐ nein ☐ ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag	Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen, soweit nicht vorliegend
---	--------	---

**12 Wenn Sie in das Ausland versetzt/kommandiert/abgeordnet worden sind (gilt nur für den Geschäftsbereich BMVg):**

Die Zusage der Umzugskostenvergütung (UKV) ist	Mitflug für Personen ist (nach VMBI 1989 S. 197 Nr. 3 oder 4)
<input type="checkbox"/> nicht erteilt worden <input type="checkbox"/> erteilt worden	<input type="checkbox"/> nicht genehmigt worden <input type="checkbox"/> genehmigt worden

**13 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?**

☐ nein ☐ ja

Wird von der Auslandsvertretung/bei Auslandslehrkräften auch von der Verwaltungsleiterin/dem Verwaltungsleiter ausgefüllt.  
Im Geschäftsbereich BMVg: Bestätigung durch Vertrauensarzt der Botschaft oder Truppenarzt.

Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen wird bestätigt (innerhalb der EU und bei Aufwendungen je Krankheitsfall bis 1000 € nicht erforderlich).	
Stationäre Krankenhausbehandlung	Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bettzimmer im Inland
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum	Stempel/Unterschrift

**14 Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten	Betrag	am (Datum)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> Die Überweisung soll auf das bisherige Konto erfolgen.	<input type="checkbox"/> Erstantragstellung oder Änderung der Bankverbindung, Beihilfe bitte auf folgendes Konto überweisen:	
Geldinstitut (mit Ortsangabe)	Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	
IBAN	BIC	

**Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort	Datum
Unterschrift der beihilfeberechtigten Person	Bei Vertretung: Unterschrift der Vertreterin/des Vertreters
	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

### Zusammenstellung der Aufwendungen (Nummerieren Sie Ihre Belege bitte fortlaufend durch)

Anlage zum Beihilfeantrag vom (Datum)	für Herrn / Frau (Name, Vorname)	Behördenkennziffer und Personalnummer der Bundesbesoldungsstelle	Geschäftsbereich BMVg: Personenkennziffer
		/	

Bitte setzen Sie in „Art der Leistung“ für: ärztliche Behandlung = äB, zahnärztliche Behandlung = zB, Fahrtkosten = Fk, Heilmittel = Hem, Hilfsmittel = Him, Krankenhaus = Kh, Rezept = R, Sonstige = S (oder wählen Sie die „Art der Leistung“ über das Drop-Down-Menü aus) und sortieren Sie die Aufwendungen bitte möglichst nach Antragsteller, Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner und Kind

**Für die Beihilfefestsetzung werden keine Originalbelege benötigt, bitte reichen Sie daher Belegkopien ein.**

[illegible]