
Eingangsdatum Krankenkassen-Kontrollstelle

Antrag für die Individuelle Prämienvverbilligung 2026

Antragsteller/in:
AHV-Nummer
Steuerregister-Nr.

1. Abschnitt: Die folgenden Daten sind uns bekannt:

Antragsteller/in Ehepartner/in, Kinder mit Jahrgang 2008 - 2025 (G = Geschlecht w/m)

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

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

Kinder der Jahrgänge 2008 – 2025:

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 01.01.2026

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?

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, an welche Zustelladresse?

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, Auszahlung erfolgt an den Krankenversicherer)

vom _____ bis _____

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) _____