

An  
MainArbeit. Kommunales Jobcenter Offenbach  
Berliner Straße 190  
63067 Offenbach

Name und Anschrift der Krankenkasse
-------------------------------------

**Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V**

Frau/Herr

.....  
Vorname

.....  
Nachname

geboren am .....

Krankenversicherungsnummer (KVNR): .....

ist ab/seit dem ..... Mitglied der .....

Bitte händigen Sie dem Kunden diese Bescheinigung aus  
oder senden **Sie sie unmittelbar nach der Aufnahme in Ihren Kundenstamm an  
die MainArbeit:**  
[MainArbeit-Ukraine@Offenbach.de](mailto:MainArbeit-Ukraine@Offenbach.de)  
oder senden Sie sie per Fax an  
**069 / 8065 - 8110**

.....  
Ort/Datum

.....  
Stempel und Unterschrift