



# Antrag auf Prämienverbilligung 2026 für zuziehende Personen aus dem Ausland

Anmeldefrist: 30. Juni 2026

## 1. Antragssteller / Antragsstellerin (Personalien Familienverhältnisse am 1. Januar 2026)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	AHV-Nummer	756.
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/> seit <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	Mobilnummer	<input type="text"/>
Zuzugsdatum	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>

## 2. Ehepartner / Ehepartnerin

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	AHV-Nummer	756.
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/> seit <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	Mobilnummer	<input type="text"/>
Zuzugsdatum	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>

## 3. Kinder bis zum 18. Altersjahr (Jahrgänge 2008–2025)

Name	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 4. Ergänzende Fragen

Werden Sie quellenbesteuert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bezieht eine oben aufgeführte Person Sozialhilfeleistungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bezieht eine oben aufgeführte Person Ergänzungsleistungen zur AHV/IV?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte reichen Sie uns alle Lohnausweise des Vorjahrs ein. Sofern Sie verheiratet sind auch jene des Ehepartners oder der Ehepartnerin.

## 5. Bemerkungen

## 6. Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ort, Datum

Unterschrift