

3. Sozialversicherung und Steuern

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin entrichtete:

- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nein ja
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nein ja
- Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommen, Kirchensteuer) nein ja

4. Krankheitszeiten

Der Arbeitnehmer war in dem bestätigten Zeitraum ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt

nein ja

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
------------	---------	---

WICHTIG!

Wenn Kranken- oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen.
Erhalten oder erhielten Sie Lohn- und Einkommensersatzleistungen, wie z.B.

- ◆ Unterhaltsgeld
- ◆ Arbeitslosengeld
- ◆ Arbeitslosenhilfe oder
- ◆ Berufsausbildungsbeihilfe nach §§ 72 bis 75 Drittes Buch Sozialgesetzbuch, legen Sie bitte die Leistungsbescheide des Arbeitsamtes vor.

Bestätigung der Krankenkasse

Versicherte Person (Name, Vorname)	Anschrift
Geburtsdatum	Bestätigungszeitraum

Die/ Der Versicherte war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld _____ €

unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:

vom – bis	Tage	Tagessatz	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Vom Krankengeld wurden keine Beträge einbehalten.

folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag	Grund

Aktenzeichen	Telefon
Ort, Datum	

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse