

Beitragskontonummer



Arbeits- und Entgeltbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer

Form fields for Familienname, Vorname, and Versicherungnummer.

Form field for Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ., Ort, Straße, Nr.)

Form fields for Beschäftigt seit (Tag, Monat, Jahr) and Arbeitsfreie/r Tag/e (Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So).

Form fields for Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzahlungszeitraum (multiple columns for Tag, Monat, Jahr).

Form fields for als (Arbeiterin, Angestellte, Vertragsbedienstete, Freie/r Dienstnehmer/in) and Grund d. Arbeitseinstellung.

Form fields for Letzter Arbeitstag and Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses (01-34).

Form fields for Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird (nicht gelöst, gelöst mit).

Bankverbindung der/des Versicherten

Form fields for IBAN and BIC.

Beitragspflichtiges Entgelt - ohne SZ im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/inne/n in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches

Anzugeben sind Geldbezüge (einschließlich Trinkgelder, Trinkgeldpauschale, Provisionen oder Sonstiges) und allenfalls Sachbezüge

Form fields for ab bis € Sachbezüge and Zusammen €.

Art der Entlohnung ☒ Zeitlohn Anspruch auf Sonderzahlung ☒ ja (☒ voll 100% ☒ aliquot) ☒ nein

Form fields for Vordienstzeiten, Kündigungentschädigung, Urlaubersatzleistung, freiwillige Entgeltfortzahlung, and Einarbeitungstage.

Form fields for Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis and Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes.

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

Form fields for ab bis ab bis ab bis bis.

Form fields for Für allfällige Rückfragen, Telefonnummer, Unterschrift und Stempel des Dienstgebers, and Datum.