

Beitragskontonummer



Arbeits- und Entgeltbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer

Form fields for Familienname, Vorname, and Anschrift.

Form field for Beschäftigt seit (last employment date).

Form fields for Arbeitsfreie/r Tag/e and other regulations.

Form fields for Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzahlungszeitraum.

Form fields for als (activity) and Grund d. Arbeitseinstellung.

Form fields for Letzter Arbeitstag and Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses.

Form fields for reasons of termination (01-34).

Form fields for Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird.

Bankverbindung der/des Versicherten

Form fields for IBAN and BIC.

Beitragspflichtiges Entgelt - ohne SZ im letzten Beitragszeitraum

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

Form fields for ab/bis amounts and Sachbezüge.

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

Form fields for Vordienstzeiten, Kündigungsschädigung, and Urlaubersatzleistung.

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

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

Form fields for ab/bis dates of pre-existing conditions.

Form fields for contact information and signature/stamp.