

Beitragskontonummer



Arbeits- und Entgeltbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer

Form fields for Familienname, Vorname, and Versicherungsnummer.

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 (Tag, Monat, Jahr) and Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses (01-34).

Form fields for Aussprache der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses (Tag, Monat, Jahr) and Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird.

Form fields for Bankverbindung der/des Versicherten (IBAN, BIC).

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

Form fields for Anzugeben sind Geldbezüge (einschließlich Trinkgelder, Trinkgeldpauschale, Provisionen oder Sonstiges) and Sachbezüge.

Form fields for Art der Entlohnung (Zeitlohn, Anspruch auf Sonderzahlung) and Vordienstzeiten (ja, ab... bis... nein).

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

Form fields for Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet (multiple rows for ab... bis...).

Form fields for Für allfällige Rückfragen (Name, Telefonnummer) and Telefonnummer, Unterschrift und Stempel des Dienstgebers/der Dienstgeberin bzw. des/der Bevollmächtigten.