

3. Der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei der Krankenkasse
vom - bis Tage
Er war arbeitsunfähig krank in der Zeit =
..... =
..... =
Der dafür gezahlte Lohnausgleich (Lohnfortzahlung oder Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) von €
ist im Bruttoeinkommen enthalten nicht enthalten.

4. Der Arbeitnehmer war in der Zeit vom - bis
saisonbedingt arbeitslos.

5. Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am
und endet am
Nach Beendigung der Ausbildung belaufen sich die Gesamtbruttobezüge
nach derzeitigem Tarif auf jährlich €
(inkl. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld und sonstigen steuerpflichtigen Leistungen)

6. Personen im ungekündigten Beschäftigungsverhältnis
6.1 in Mutterschutz / in Elternzeit
seit: bis:
Bruttomonatseinkommen vor Beginn €
Voraussichtliches Bruttomonatseinkommen nach Ablauf €
Sonstige zusätzlich gewährte steuerpflichtige Leistungen
(z.B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u.ä.) jährlich €

6.2 Freiwilliges Soziales Jahr
seit: bis:
Bruttomonatseinkommen vor Beginn €
Voraussichtliches Bruttomonatseinkommen nach Ablauf €
Sonstige zusätzlich gewährte steuerpflichtige Leistungen
(z.B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u.ä.) jährlich €

7. Steuer- und Versicherungsleistungen: vom Einkommen des **Arbeitnehmers** wurde/n abgeführt
a) die Lohnsteuer ja nein
b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder damit vergleichbaren
Versicherungseinrichtungen ja nein
c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung oder damit
vergleichbaren Versicherungseinrichtungen ja nein

Es wird versichert, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir/uns bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefon

.....

8. Urschriftlich **gegen Rückgabe** an die
Krankenkasse

.....

.....

Der Arbeitnehmer war arbeitsunfähig krank und erhielt folgende Leistungen:

vom - bis	Tage	Art der Leistungen Krankengeld = K Hausgeld = H	Tages- satz €	Gesamtbetrag €	bei wöchentlich
					Tagen
					Tagen
					Tagen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Telefon

.....