

Bescheinigung der Krankenkasse

Wohngeldnummer:

1 1 9 0 0 0

| | | | | |
|--|-------------|---|------------------------|--------------------------|
| Herrn / Frau | | geb. am | | |
| wohnhaft in | | | | |
| Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bzw. war in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld <input type="checkbox"/> Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld | | | | |
| * Betragsangaben (brutto) in EURO | | | | |
| vom - bis | Tage | Tagessatz € | bei wöchentlich Tagen: | Gesamtbetrag € |
| | | | | |
| vom - bis | Tage | Tagessatz € | bei wöchentlich Tagen: | Gesamtbetrag € |
| | | | | |
| vom - bis | Tage | Tagessatz € | bei wöchentlich Tagen: | Gesamtbetrag € |
| | | | | |
| Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt | | | | Gesamtbetrag € |
| * Bruttobetrag (ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und / oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherungsnehmers zu entrichten sind). <input type="checkbox"/> Das Krankengeld wird höchstens für 30 Tage mtl. gezahlt. | | | | |
| Von dem Krankengeld wurden | | <input type="checkbox"/> keine Beträge einbehalten <input type="checkbox"/> folgende Beträge einbehalten | | |
| Zeitraum | Betrag € | Grund | | |
| | | | | |
| Zeitraum | Betrag € | Grund | | |
| | | | | |
| Bestätigung der Krankenkasse | | | | |
| Ort, Datum | | Stempel und Unterschrift | | Telefon/Fax |