

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