

Bestätigung der Krankenkasse

Nur ausfüllen, wenn während des Zeitraums Leistungen (Krankengeld / Mutterschaftsgeld) bezogen wurden

Name	Vorname	Geburtsdatum
	0	0
Anschrift		
0		

Der/Die o. g. Versicherte

- war bzw. ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld (brutto)
- unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld

Art der Leistung: _____

von - bis	Tage	Tagessatz (brutto) €	Gesamt- betrag €	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Von den o. a. Leistungen wurden keine / folgende Beiträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag	Grund
	€	
	€	

Ort _____

Datum _____

Aktenzeichen _____

Telefonnummer _____

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse _____