

# Bestätigung der Krankenkasse

## 1. Versicherte Person

Familiennamen, Vorname/n	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
Bestätigungszeitraum	

## 2. Angaben zum Krankengeld

Der / die Versicherte war / ist arbeitsunfähig erkrankt und erhielt / erhält folgendes Krankengeld

vom – bis	Tage	Tagessatz <b>brutto</b>	Tagessatz <b>netto</b>	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
		Euro	Euro	Euro	Tagen
		Euro	Euro	Euro	Tagen
		Euro	Euro	Euro	Tagen

## 3. Angaben zum Mutterschaftsgeld

Die Versicherte unterlag / unterliegt der Schutzfrist und erhielt / erhält folgendes Mutterschaftsgeld

vom – bis	Tage	Tagessatz <b>brutto</b>	Tagessatz <b>netto</b>	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
		Euro	Euro	Euro	Tagen
		Euro	Euro	Euro	Tagen
		Euro	Euro	Euro	Tagen

## 4. Angaben zum Kinderkrankengeld

Der / die Versicherte war wegen Erkrankung eines Kindes freigestellt und erhielt folgendes Kinderkrankengeld

vom – bis	Tage	Tagessatz <b>brutto</b>	Tagessatz <b>netto</b>	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
		Euro	Euro	Euro	Tagen
		Euro	Euro	Euro	Tagen
		Euro	Euro	Euro	Tagen

## 5. Angaben zum Abzug von Rentenversicherungsbeiträgen

Wurden von den o.g. Lohnersatzleistungen Beiträge zur Rentenversicherung einbehalten?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
Telefon / Telefax	
E-Mail	