

4. Krankheitszeiten

Der Arbeitnehmer war in dem besagten Zeitraum **ohne** Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt nein ja

Ort, Datum	Telefon / E-Mail	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
------------	------------------	---

Wichtig!

Wenn **Kranken- oder Mutterschaftsgeld** bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen.

Erhalten oder erhielten Sie Lohn- oder Einkommensersatzleistungen, wie z.B.:

- **Unterhaltsgeld**
- **Arbeitslosengeld**
- **Arbeitslosengeld II oder**
- **Berufsausbildungsbeihilfe nach §§ 72 bis 75 Drittes Sozialgesetzbuch,**

legen Sie bitte die Leistungsbescheide des jeweiligen Sozialleistungsträgers vor.

Bestätigung der Krankenkasse

Versicherte Person (Name, Vorname)	Anschrift
Geburtsdatum	Beschäftigungszeitraum

Die/ Der Versicherte

war oder ist arbeitsunfähig krank oder erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld: Betrag _____ €

unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:

vom – bis	Tage	Tagessatz	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
		€	€	Tagen
		€	€	Tagen
		€	€	Tagen

Vom Krankengeld wurden

keine Beträge einbehalten

folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag	Grund
	€	
	€	

Aktenzeichen	Telefon	E-Mail	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
--------------	---------	--------	---

Ort, Datum
