

4 Krankheits-/ Ausfallzeiten
Der Arbeitnehmer/Die Arbeitnehmerin war in dem bestätigten Zeitraum <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt
Ausfallzeiten aus folgendem Grund: Von _____ bis _____

Ort, Datum	Telefon/Telefax	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Wichtig!

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

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

- **Übergangsgeld**
 - **Arbeitslosengeld**
 - **Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld oder**
 - **Berufsausbildungsbeihilfe** nach §§ 72 bis 75 Drittes Buch Sozialgesetzbuch,
- legen Sie bitte die Leistungsbescheide vor.

Bestätigung der Krankenkasse

Versicherte Person (Name, Vorname)	Anschrift
Geburtsdatum	Bestätigungszeitraum

Die/Der Versicherte					
<input type="checkbox"/> war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld :				<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld :					
vom – bis	Tage	Tagessatz	Gesamtbetrag	bei wöchentlich	
				Tagen	
				Tagen	
				Tagen	

Vom Krankengeld wurden			<input type="checkbox"/> keine Beträge einbehalten.
			<input type="checkbox"/> folgende Beträge einbehalten:
Zeitraum	Betrag	Grund	
	€		
	€		
	€		

Aktenzeichen	Telefon
Ort, Datum	

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
