



Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist **krankenversichert** bei der \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Krankenkasse

Er/Sie war **arbeitsunfähig erkrankt** in der Zeit

vom	bis	= Tage

Die dafür gezahlten **Lohnausgleichsleistungen** (Lohnfortzahlung oder Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) von \_\_\_\_\_ €

sind in den Gesamtbruttobezügen (Spalte 2 der vorherigen Seite)

enthalten

nicht enthalten.

Das **Ausbildungsverhältnis** des/der Auszubildenden hat begonnen am \_\_\_\_\_

und endet am \_\_\_\_\_

Die Vergütung des/der Auszubildenden beträgt im

1. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ €

2. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ €

3. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ €

4. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ €

**Steuer- und Versicherungsleistungen:** Von den Bruttobezügen des Arbeitnehmer/der Arbeitnehmerin wurde/n

die **Lohnsteuer**,

ja

nein

die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen **Rentenversicherung** oder damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen

ja

nein

die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen **Krankenversicherung** oder damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen abgeführt.

ja

nein

### Erklärung des Arbeitgebers:

**Es wird versichert, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind:**

Name des Arbeitgebers

Sachbearbeiter

Anschrift

Telefon (Durchwahl)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers