

Antrag auf Erstattung der Entgeltfortzahlungskosten

Angaben zum Versicherten:

Name:
Vorname:
Wohnort:
Postleitzahl:
Straße:
Geburtsdatum:
Aktenzeichen:
Unfalldatum:

Angaben des Arbeitgebers:

Firmenname: _____
Ort: _____
Postleitzahl: _____
Straße: _____
Bankverbindung:
Bankleitzahl: _____
Kontonummer: _____
Kreditinstitut: _____
Kontoinhaber: _____
Anzahl der Arbeitnehmer: _____

Entgeltfortzahlung wurde geleistet vom _____ bis _____

Besteht ein Anspruch auf Erstattung der Entgeltfortzahlungskosten im Rahmen der Ausgleichsumlage bei der gesetzlichen Krankenversicherung?

Nein Ja - Bitte fügen Sie diesem Schreiben eine Bescheinigung der Krankenkasse bei, aus der die Höhe der bereits erstatteten Aufwendungen hervorgeht.

tatsächlich fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt: _____ EUR

Erstattungsbetrag der Krankenversicherung (Ausgleichsumlage): _____ EUR

Arbeitgeberanteile zur Rentenversicherung: _____ EUR

Arbeitgeberanteile zur Bundesanstalt für Arbeit: _____ EUR

Arbeitgeberanteile zur Krankenversicherung: _____ EUR

Arbeitgeberanteile zur Pflegeversicherung: _____ EUR

Zuschüsse zu den Sozialversicherungsbeiträgen: _____ EUR
Welcher Art?: _____

freiwillige Arbeitgeberleistungen: _____ EUR
Welcher Art?: _____

gesamt: _____ **EUR**

Datum: _____

Stempel/Unterschrift: _____