

Antrag auf Erstattung der Entgeltfortzahlungskosten

Angaben zum Versicherten:

Name:
Vorname:
Wohnort:
Postleitzahl:
Straße:

Geburtsdatum:
Aktenzeichen:
Unfalldatum:

Angaben des Arbeitgebers:

Firmenname:
Ort:
Postleitzahl:
Straße:

Bankverbindung:

IBAN:
BIC:
Kontoinhaber
Anzahl der Arbeit-
nehmer:

Entgeltfortzahlung wurde geleistet vom _____ bis _____
Fügen Sie bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei.

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:
Welcher Art?: _____ EUR

freiwillige Arbeitgeberleistungen:
Welcher Art?: _____ EUR

gesamt: _____ **EUR**

Datum: _____

Stempel/Unterschrift: _____