

Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen

11. Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen

Adresse
der Krankenkasse

Bescheinigung für die Krankenkasse vom ehemaligen Arbeitgeber**Daten des Arbeitnehmers⁶:**

Vorname, Name _____
Geburtsdatum: _____
Krankenversichertennummer: _____

hat Anspruch auf eine Entgeltsatzleistung.

Um die Höhe der Entgeltsatzleistung prüfen zu können, benötigt die Krankenkasse die Angabe⁷, ob in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn des Versicherungsfalles während der Dauer der Beschäftigung in Ihrem Unternehmen dem Grunde nach sozialversicherungspflichtige Einmalzahlungen (§ 23a SGB IV) gewährt wurden. Bitte teilen Sie daher mit, ob die o. g. Person von Ihnen im Zeitraum¹ (von _____.____._____ bis _____.____._____) Einmalzahlungen bezogen hat.

☐ Nein, es wurden keine Einmalzahlungen gewährt.

☐ Ja, es wurden Einmalzahlungen gewährt,

☐ der beitragspflichtige Anteil der Einmalzahlungen betrug in der

Kranken-/Pflegeversicherung: _____ EUR

Rentenversicherung: _____ EUR

Arbeitslosenversicherung: _____ EUR.

☐ die Einmalzahlungen unterlagen nicht der Beitragspflicht.

☐ die Einmalzahlungen wurden wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zurückgefordert.

Datum, Unterschrift und Stempel der Firma

⁶ Von der Krankenkasse vorauszufüllen

⁷ Der Auskunftsanspruch ergibt sich aus § 18e SGB IV bzw. § 98 SGB X.