

ANTRAG AUF KRANKENGELDZUSCHUSS VOM ARBEITGEBER

Arbeitgeber : _____

Anschrift Arbeitgeber : _____

Angaben zum Arbeitnehmer :

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Angaben zur Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit :

Diagnose / Erkrankung : _____

Beginndatum der Arbeitsunfähigkeit : _____

Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit : _____

Angaben zum Krankengeldzuschuss :

Höhe des Zuschusses (EUR) : _____

Bankverbindung (IBAN) : _____

BIC : _____

Erklärung des Arbeitgebers :

Hiermit bestätige ich, dass der oben genannte Arbeitnehmer aufgrund der genannten Erkrankung arbeitsunfähig war und Anspruch auf den Krankengeldzuschuss nach § 146 SGB V hat. Der Zuschuss wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gewährt.

Hinweis :

Bitte legen Sie diesem Antrag eine Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und den Nachweis über die Zahlung des Zuschusses bei. Unvollständige Anträge können nicht bearbeitet werden.

Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://mustergenau.com/antrag-auf-krankengeldzuschuss-vom-arbeitgeber/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://mustergenau.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.