

Betriebs-/Beitragskonto-Nr. des Arbeitgebers

Zeitraum: von  Tag  Monat  Jahr

bis  Tag  Monat  Jahr

Rechtskreis \*) Ost:  West:

Fälligkeit am 25. des lfd. Monats \*)

Dauer-Beitragsnachweis \*)

bisheriger Dauer-Beitragsnachweis gilt erneut ab nächsten Monat \*)

Beitragsnachweis enthält Beiträge aus Wertguthaben, das abgelaufenen Kalenderjahren zuzuordnen ist \*)

Korrektur-Beitragsnachweis für abgelaufene Kalenderjahre \*)

Beitragsnachweis	Beitragsgruppe	<input type="checkbox"/> DM*)	Pf Cent
		<input type="checkbox"/> Euro*)	
Beiträge zur Krankenversicherung – allgemeiner Beitrag –	1000		
Beiträge zur Krankenversicherung – erhöhter Beitrag –	2000		
Beiträge zur Krankenversicherung – ermäßigter Beitrag –	3000		
Beiträge zur Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte	6000		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter – voller Beitrag –	0100		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten – voller Beitrag –	0200		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter – halber Beitrag –	0300		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten – halber Beitrag–	0400		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter für geringfügig Beschäftigte	0500		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten für geringfügig Beschäftigte	0600		
Beiträge zur Arbeitsförderung – voller Beitrag –	0010		
Beiträge zur Arbeitsförderung – halber Beitrag –	0020		
Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung	0001		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) für Krankheitsaufwendungen	U1		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) für Mutterschaftsaufwendungen	U2		
<b>Gesamtsumme</b>			

Es wird bestätigt, dass die Angaben mit denen der Lohn- und Gehaltsunterlagen übereinstimmen und in diesen sämtliche Entgelte enthalten sind.

Beiträge zur Krankenversicherung für freiwillig Krankenversicherte **)		
Beiträge zur Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte **)		
abzüglich Erstattung gemäß § 10 LFZG		
zu zahlender Betrag/Guthaben		

Datum, Unterschrift

\*) Zutreffendes ankreuzen  
\*\*) freiwillige Angabe des Arbeitgebers

Der zu zahlende Betrag

soll bei dem Ihnen bekannten Geldinstitut abgebucht werden.  wird eingezahlt/überwiesen

wird durch beiliegenden Verrechnungsscheck beglichen.  am \_\_\_\_\_

**Bearbeitungsvermerke der Krankenkasse**

Beitragsnachweis geprüft am/durch	Zum Soll gestellt am/durch
-----------------------------------	----------------------------