

Beleg-Nr.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Betriebs-/Beitragskonto-Nr

Antrag auf Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG)

Name und Vorname des Arbeitnehmers, Versicherungsverhältnis Versicherungsnummer (wenn nicht bekannt, Geburtsdatum)

Versicherungsverhältnis
 Mitglied Mitglied einer Ersatzkasse nicht krankenversichert

bei Krankheit	bei Mutterschaft
Beschäftigungsverhältnis: <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Auszubildender Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weiter arbeitsunfähig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Arbeitsunfähigkeit ist auf einen Unfall zurückzuführen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen) bei Beschäftigungsverboten nach dem Mutterschutzgesetz für die Zeit vom _____ bis _____ Betrag _____ EUR
Erstattungszeitraum vom _____ bis _____ Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt ohne Einmalzahlung _____ EUR _____ EUR Summe _____ EUR	Zuschuss zum Mutterschaftsgeld für die Zeit vom _____ bis _____ Betrag _____ EUR Summe _____ EUR
davon 70 % = Erstattungsbetrag _____ EUR	davon 90 % = Erstattungsbetrag _____ EUR

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Der Erstattungsbetrag soll

- meinem Beitragskonto gutgeschrieben werden
- auf folgendes Konto überwiesen werden:

Konto-Nr: _____ Bankleitzahl _____ Geldinstitut _____

Bearbeitungsvermerke der Krankenkasse

	Sachlich und rechnerisch richtig Datum/Unterschrift	Ergebnis der Beitragsüberwachung <input type="checkbox"/> keine Beanstandungen <input type="checkbox"/> Nachzahlung/Rückforderung in Höhe von _____ EUR
	Geprüft Datum/Unterschrift	
	Daten erfasst Datum/Unterschrift	Festgestellt Datum/Unterschrift