

Bestätigung der Krankenkasse

(nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erforderlich)

1 Versicherte/Versicherter

(Name, Vorname)

Anschrift

Geburtsdatum

Bestätigungszeitraum

2 Die/Der Versicherte

war bzw. ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld:

unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:

vom – bis	Tage	Tagessatz Euro (brutto)	Gesamtbetrag (Euro)	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

3 Von dem Krankengeld wurden

keine Beträge eingehalten

folgende Beträge eingehalten

Zeitraum	Euro	Grund

Aktenzeichen

Telefonnummer

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Bescheinigung des Finanzamtes

(nur bei erhöhten Werbungskosten aus nichtselbständiger Arbeit erforderlich)

Finanzamt

Ort, Datum

Der/dem umseitig benannten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer wird bescheinigt, dass im Kalenderjahr _____ bei den Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit Werbungskosten gemäß § 9 EstG in Höhe von _____ Euro, in Worten _____ Euro anerkannt wurden voraussichtlich anerkannt werden.

Unterschrift

Dienstsiegel