

Bestätigung der Krankenkasse

(Nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erforderlich.)

9 1 5 0 0 0

Wohngeldnummer

Antragstellerin / Antragsteller (Name, Vorname)

Anschrift

Hamm

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Bestätigungszeitraum

Die / Der Versicherte

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

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

Leistungsbescheid vom:

Die Leistung wird maximal gezahlt bis zum:

vom – bis	Tage	Tagessatz Euro	Gesamtbetrag Euro	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Die / Der Versicherte entrichtet:

Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung

nein ja, und zwar mtl. _____ Euro, ergibt ein Nettokrankengeld von mtl. _____ Euro.

Von dem Brutto-Krankengeld wurden

keine weiteren Beträge einbehalten

folgende weitere Beträge einbehalten

Zeitraum	Euro	Grund

Das Krankengeld wird vermutlich

langfristig

kurzfristig gezahlt

ist eingestellt zum:

Aktenzeichen

Telefonnummer

Stempel und Unterschrift

Ort, Datum

Nicht Zutreffendes bitte streichen.

Urschriftlich zurück:

Stadt Hamm
Wohnungsförderungsamt
Postfach 24 49

59014 Hamm