

Institutionskennzeichen (IK-Nr.) der
Krankenkasse

Personalien des Versicherten

*Dieses Formular bitte von der Krankenkasse
ausfüllen lassen, wenn bis zum Beginn der
Rehamaßnahme Arbeitsunfähigkeit besteht und
Krankengeld bezogen wird.*

**Bescheinigung der Krankenkasse
zur Vorlage bei der Arbeitsgemeinschaft**

Das oben genannte Pflichtmitglied freiwillig Mitglied ist seit dem
_____ arbeitsunfähig wegen:

Das Mitglied – hat - hatte noch – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bis zum

Seit dem _____ erhält es Krankengeld.

Im Monat des Beginns der Reha-Leistung wurde/wird Krankengeld noch für _____
Bezugstage gezahlt.

Die Zahlung des Krankengeldes wurde vor Beginn der Rehamaßnahme, d.h. am
_____ eingestellt.

**Der Berechnung des Krankengeldes liegen folgende Werte zu Grunde
(bitte Kopie der Entgeltbescheinigung beifügen):**

Letzter abgerechneter Entgeltfortzahlungszeitraum: vom _____ bis

Ungekürztes kalendertägliches Regelentgelt = _____ ohne Berücksichtigung der BGG
der KV und
ohne eventuelle Anpassung

Nettoentgelt = _____ €

Ist in dem Regel-/Nettoentgelt einmalig gezahltes Arbeitsentgelt berücksichtigt?

ja, durch einen Hinzurechnungsbetrag in Höhe von _____ €

nein, Grund: _____

Nach unseren Unterlagen erhält der/die Obengenannte vom Arbeitgeber während
der Arbeitsunfähigkeit/Reha-Leistung keine Sozialzulagen
Sozialzulagen in Höhe von _____ €

Bei Zahlung des Krankengeldes nach § 47 b SGB V:

Krankengeld kalendertäglich: _____ € Bemessungsentgelt
wöchentlich _____ €

Bemessungszeitraum vom _____ bis _____

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Bankverbindung des Versicherten:

(Kreditinstitut)

(BLZ)

(Kontonummer)