

Per Fax an: 0321 / 211 953 69

Krankmeldung

Bitte erstellen Sie den Lohnfortzahlungsantrag für:

Niederlassung: _____

Personalnummer: _____

Name: _____ Vorname: _____

Der / Die Arbeitnehmer / in war arbeitsunfähig krank

Vom: _____ bis: _____

Gehalt/Lohn monatlich _____ Stunden Lohn _____

Monatsstunden _____

Ausgefallene Arbeitstage _____ ausgefallene Stunden _____

Hinweis:

(Pflicht zur Entgeltfortzahlung seitens des Arbeitgeber besteht erst nach 4 Wochen seit Arbeitsaufnahme. Erkrankt der AN innerhalb der ersten 4 Wochen erhält er für den Zeitraum direkt Krankengeld seitens der Krankenkasse.)

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage:

Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen