

## Antrag auf Erstattung bei Arbeitsunfähigkeit U1

(Bitte Antrag in Druckbuchstaben ausfüllen)

Krankenkasse

Beschäftigte(r)

Name:

Vorname:

### Angaben zur Beschäftigung

Beschäftigt seit dem

### Arbeitsunfähigkeit

### Allgemeine Angaben

Letzter Arbeitstag:

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Allgemeine Erkrankung

Arbeitsunfall/Berufskrankheit

Schädigung durch Dritte z.B. Verkehrsunfall

### Angaben zum Arbeitgeber

Betriebsnummer:

Name:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ansprechpartner/in:

Telefon:

E-Mail:

Rentenversicherungsnummer (falls nicht bekannt  
Geburtsdatum):

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?

ja

nein

### Erstattungszeitraum/Abrechnungsart

Erstattung vom bis

Abrechnungsart:

Zwischenabrechnung

Endabrechnung

### Bruttoarbeitsentgelt

Monatslohn

Lohn pro Einsatz (Arbeitstag)

Stundenlohn

Gehalt

Ausgefallene Arbeitszeit Regelm.Arbeitszeit

Kalendertage

monatlich

Arbeitstage

wöchentlich

Arbeitsstunden

täglich

**Erstattung**

**X**

**%**

**=**

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt

Erstattungssatz Prozent

Erstattungsbetrag

(ohne Einmalzahlung, Überstundenvergütung, Arbeitgeberanteile)

## **Überweisung der Erstattung**

mit meinem SV-Konto verrechnen

Überweisung auf mein Konto

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Verwendungszweck

Ort/Datum

Name/Unterschrift