

Formulare – Arbeitnehmer im Übergangsbereich

Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Name und Sitz der Krankenkasse		Sozialversicherungsnummer	
Beschäftigt als	Beginn der Beschäftigung	Ende der Beschäftigung (falls befristet)	

Angaben zu weiteren Beschäftigungen

☐ Es werden keine weiteren Beschäftigungen ausgeübt ☐ Es werden nachstehende Beschäftigungen ausgeübt				
Zeitraum von	bis	☐ Hauptbeschäftigung ☐ Nebenbeschäftigung	Monatl. Bruttoentgelt Euro	Arbeitgeber
Zeitraum von	bis	☐ Hauptbeschäftigung ☐ Nebenbeschäftigung	Monatl. Bruttoentgelt Euro	Arbeitgeber

Unterschrift des Arbeitnehmers

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Arbeitnehmer

Unterschrift des Arbeitgebers

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Arbeitgeber