



# Bestätigung der Krankenkasse

(nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erforderlich)

## 1 Versicherte/Versicherter

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Bestätigungszeitraum

## 2 Die/Der Versicherte

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

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

vom – bis	Tage	Tagessatz Euro (brutto)	Gesamtbetrag (Euro)	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

## 3 Von dem Krankengeld wurden

keine Beträge eingehalten

folgende Beträge eingehalten

Zeitraum	Euro	Grund

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

## Bescheinigung des Finanzamtes

(nur bei erhöhten Werbungskosten aus nichtselbständiger Arbeit erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Finanzamt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Der/dem umseitig benannten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer wird bescheinigt, dass im Kalenderjahr \_\_\_\_\_ bei den Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit Werbungskosten gemäß § 9 EstG in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro, in Worten \_\_\_\_\_ Euro anerkannt  wurden  voraussichtlich anerkannt werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Dienstsiegel