

FORMLOSER ANTRAG AUF KRANKENGELDZUSCHUSS

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Antrag auf Zahlung von Krankengeldzuschuss gemäß § 47 SGB V

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines Krankengeldzuschusses aufgrund der Überschreitung der Bezugsdauer des Krankengeldes oder aufgrund besonderer sozialer Härte, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Ich versichere, dass ich weiterhin arbeitsunfähig erkrankt bin und die erforderlichen Nachweise beigefügt habe.

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn der Arbeitsunfähigkeit: _____

Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit: _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes: _____

Erklärung

Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Antragsteller

Datum

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/formloser-antrag-krankengeldzuschuss/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.