

AOK Rheinland Die Gesundheitskasse

Betriebs-/Beitragskonto-Nr. des Arbeitgebers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zeitraum

von	Tag 	Monat 	Jahr
bis	Tag 	Monat 	Jahr

Dauer-Beitragsnachweis *)

bisheriger Dauer-Beitragsnachweis gilt erneut ab nächsten Monat *)

Beitragsnachweis enthält Beiträge aus Wertguthaben, das abgelaufenen Kalenderjahren zuzuordnen ist *)

Korrektur-Beitragsnachweis für abgelaufene Kalenderjahre *)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

**AOK Rheinland
Die Gesundheitskasse
Regionaldirektion**

Beitragsnachweis

Beitragsgruppe	<input type="checkbox"/> DM *)	<input type="checkbox"/> Euro *)	Pf/Cent
----------------	--------------------------------	----------------------------------	---------

Beiträge zur Krankenversicherung - allgemeiner Beitrag -	1000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Krankenversicherung - erhöhter Beitrag -	2000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Krankenversicherung - ermäßigter Beitrag -	3000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte	6000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter - voller Beitrag -	0100	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten - voller Beitrag -	0200	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter - halber Beitrag -	0300	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten - halber Beitrag -	0400	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter für geringfügig Beschäftigte	0500	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten für geringfügig Beschäftigte	0600	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Arbeitsförderung - voller Beitrag -	0010	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Arbeitsförderung - halber Beitrag -	0020	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung	0001	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) für Krankheitsaufwendungen	U1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) für Mutterschaftsaufwendungen	U2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamtsumme		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Es wird bestätigt, daß die Angaben mit denen der Lohn- und Gehaltsunterlagen übereinstimmen und in diesen sämtliche Entgelte enthalten sind.

Beiträge für freiwillig Krankenversicherte **)	zur Krankenversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	zur Pflegeversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
abzüglich Erstattung gemäß § 10 LFZG		<input type="text"/>	<input type="text"/>
zu zahlender Betrag/Guthaben		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum, Unterschrift

*) Zutreffendes ankreuzen
**) freiwillige Angabe des Arbeitgebers



AOK Rheinland Die Gesundheitskasse

Betriebs-/Beitragskonto-Nr. des Arbeitgebers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zeitraum

von	Tag 	Monat 	Jahr
bis	Tag 	Monat 	Jahr

Dauer-Beitragsnachweis *)

bisheriger Dauer-Beitragsnachweis gilt erneut ab nächsten Monat *)

Beitragsnachweis enthält Beiträge aus Wertguthaben, das abgelaufenen Kalenderjahren zuzuordnen ist *)

Korrektur-Beitragsnachweis für abgelaufene Kalenderjahre *)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

**AOK Rheinland
Die Gesundheitskasse
Regionaldirektion**

Beitragsnachweis

Beitragsgruppe	<input type="checkbox"/> DM *)	<input type="checkbox"/> Euro *)	Pf/Cent
----------------	--------------------------------	----------------------------------	---------

Beiträge zur Krankenversicherung - allgemeiner Beitrag -	1000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Krankenversicherung - erhöhter Beitrag -	2000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Krankenversicherung - ermäßigter Beitrag -	3000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte	6000	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter - voller Beitrag -	0100	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten - voller Beitrag -	0200	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter - halber Beitrag -	0300	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten - halber Beitrag -	0400	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter für geringfügig Beschäftigte	0500	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten für geringfügig Beschäftigte	0600	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Arbeitsförderung - voller Beitrag -	0010	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur Arbeitsförderung - halber Beitrag -	0020	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung	0001	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) für Krankheitsaufwendungen	U1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) für Mutterschaftsaufwendungen	U2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamtsumme		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Es wird bestätigt, daß die Angaben mit denen der Lohn- und Gehaltsunterlagen übereinstimmen und in diesen sämtliche Entgelte enthalten sind.

Beiträge für freiwillig Krankenversicherte **)	zur Krankenversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	zur Pflegeversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
abzüglich Erstattung gemäß § 10 LFZG		<input type="text"/>	<input type="text"/>
zu zahlender Betrag/Guthaben		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum, Unterschrift

*) Zutreffendes ankreuzen
**) freiwillige Angabe des Arbeitgebers