



2374

## Bestätigung der Krankenkasse

(Nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgelderfordertlich)

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Anschrift
--	-----------

Geburtsdatum	Bestätigungszeitraum
--------------	----------------------

Die/der Versicherte

- D war bzw. ist **arbeitsunfähig** krank und erhielt bzw. erhält **folgendes Krankengeld:**  
 D unterlag bzw. unterliegt der **Schutzfrist** und erhielt bzw. erhält **folgendes Mutterschaftsgeld:**

vom - bis	Tag	Tagessatz Euro/DM	Gesamtbetrag Euro/DM	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Von dem Krankengeld wurden

- D **keine** Beträge einbehalten:  folgende Beträge einbehalten:  
 Zeitraum

Euro/DM	Grund

Aktenzeichen

Telefonnummer

Stempel und **Unterschrift**

Ort, Datum

## 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/DM insgesamt (einschl. des Pauschbetrages nach § 9 a Nr. 1 EStG)

in Worten \_\_\_\_\_ Euro/Deutsche Mark

- anerkannt wurden  voraussichtlich anerkannt werden.

Dienstsiegel

(Unterschrift)