

**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**

<input type="checkbox"/> Es werden keine weiteren Beschäftigungen ausgeübt <input type="checkbox"/> Es werden nachstehende Beschäftigungen ausgeübt				
Zeitraum von	bis	<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	Monatl. Bruttoentgelt Euro	Arbeitgeber
Zeitraum von	bis	<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	Monatl. Bruttoentgelt Euro	Arbeitgeber

**Unterschrift des Arbeitnehmers**

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Arbeitnehmer
---------------------	------------------------------------

**Unterschrift des Arbeitgebers**

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber
---------------------	-----------------------------------