

Anschrift (Stempel der Zahlstelle / des Arbeitgebers)

Anschrift (Stempel) der Krankenkasse

Bitte nur den schwarz umrandeten Bereich mit Druckbuchstaben oder Schreibmaschine ausfüllen. Die übrigen Felder wird die Krankenkasse ausfüllen. Die Erhebung dieser Daten beruht auf §§ 202 und 256 SGB V

Name 1		
Name 2		
Name 3		
Straße	Hausnummer	
LKZ PLZ	Ort	
Telefon		
Postfach		
LKZ PLZ Postfach	Ort	
LKZ PLZ Großkunde	Ort	
Zahlungsweise:		
Zahlungstermin:		
Zahlungsmodus:		
Datum (Tagesdatum)	Betriebsnummer	Unterschrift
T T M M J H J J		

Zahlstellenummer

Status

Datum

Hinweis (Rechtsnachfolger Zahlstelle)

IK-Antrag

Ausland

Modifikation

Zahlungsweise Zahlungsmodus

Zahlungstermin

Beitragsart Größenklasse

Inkasso

IK-Prüfung

Sonderzuständigkeit

Kurzbezeichnung der für die Beitragsüberwachung zuständigen Krankenkasse

Prüf-Ende

Prüf-Ergebnis

Prüf-Stelle

IK-Aktual-KK