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) T T M M J H J J | Betriebsnummer | Unterschrift

Zahlstellennummer | Status | Datum J J M M T T

Hinweis (Rechtsnachfolger Zahlstelle)

IK-Antrag | Ausland | Modifikation

Zahlungsweise | Zahlungsmodus | Zahlungstermin M M T T

Beitragsart | Größenklasse | Inkasso

IK-Prüfung | Sonderzuständigkeit

Kurzbezeichnung der für die Beitragsüberwachung zuständigen Krankenkasse

Prüf-Ende J H J J M M T T | Prüf-Ergebnis | Prüf-Stelle

IK-Aktual-KK