

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

Bescheinigung der Krankenkasse

G0518

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Von der Krankenkasse auszufüllen

1 Mitgliedschaft

Das Mitglied ist

☐ pflichtversichert (§ 5 SGB V).

☐ freiwillig versichert (§ 9 SGB V).

2 Arbeitsunfähigkeit

☐ Es besteht Arbeitsunfähigkeit seit: _____

Aussteuerung (§ 48 SGB V)?

☐ nein ☐ ja, zum: _____

Bei Aussteuerung: Lag durchgehend bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung Arbeitsunfähigkeit vor?

☐ nein ☐ ja

Hinweis: Falls ja, dann bitte Ziffer 4 bis 7 ausfüllen.

3 Angaben zu Vorerkrankungszeiten

Die Angaben zu den Vorerkrankungszeiten (siehe **Formular G0515** - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld -, Ziffer 1.4) werden

☐ **bestätigt.** Wegen folgender Vorerkrankungszeiten besteht aufgrund derselben Krankheit

vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

☐ **kein** erneuter Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts.

☐ nur noch ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für _____ Tage.

☐ **nicht bestätigt,**

☐ weil keine Vorerkrankungszeiten anzurechnen sind. Es besteht ab Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation Anspruch auf Entgeltfortzahlung für 6 Wochen.

☐ weil die Versicherte / der Versicherte vor der Leistung zur medizinischen Rehabilitation in den letzten 6 Monaten **nicht infolge derselben Krankheit** arbeitsunfähig war. Es besteht ab Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation Anspruch auf Entgeltfortzahlung für 6 Wochen.

☐ weil seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von 12 Monaten abgelaufen ist. Es besteht ab Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation Anspruch auf Entgeltfortzahlung für 6 Wochen.

☐ wegen folgender Gründe: _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

4 Angaben bei Bezug von Krankengeld

(Bei freiwillig Versicherten bitte immer die Entgeltbescheinigung beifügen.)

Der Beschäftigungsort / Tätigkeitsort befindet sich in den

☐ alten Bundesländern. ☐ neuen Bundesländern.

☐ Die Versicherte / Der Versicherte bezieht Krankengeld. Vor Beginn der Krankengeldzahlung wurden Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt.

Bezug von Krankengeld ab: _____

Bemessungszeitraum vom _____ bis _____

☐ Berechnung des Krankengeldes nach einem Monat (weiter bei Ziffer 4.1).

☐ Berechnung des Krankengeldes nach 3 Monaten (weiter bei Ziffer 4.2).

☐ Berechnung des Krankengeldes nach Stunden oder Schichten.

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit in Stunden oder Schichten (inklusive der durchschnittlichen wöchentlichen Mehrarbeitsstunden):

Stunden / Schichten

Stunden

Gesamtarbeitsstunden im Bemessungszeitraum:

Weiter bei Ziffer 4.1.

4.1 Berechnung des Krankengeldes nach einem Monat beziehungsweise nach Stunden oder Schichten

Höhe des im Bemessungszeitraum erzielten **Arbeitsentgeltes ohne Begrenzung** auf die Beitragsbemessungsgrenze (einschließlich vermögenswirksamer Leistung, beitragsfreier Entgeltumwandlung, Sachbezüge, jedoch **ohne** einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, wie zum Beispiel Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld).
Bei Gleitzoneenfällen bitte **fiktives** Nettoarbeitsentgelt angeben.

monatlicher Betrag brutto

monatlicher Betrag netto

Betrag des in den letzten 12 Kalendermonaten beitragsfrei umgewandelten laufenden Arbeitsentgelts

Betrag

Höhe der in den letzten 12 Monaten gezahlten rentenversicherungspflichtigen **Einmalzahlungen**. Beitragsfrei umgewandelte (Teile von) Einmalzahlungen dürfen nicht bescheinigt werden.

Gesamtbetrag

4.2 Berechnung des Krankengeldes nach 3 Monaten

Höhe des im Bemessungszeitraum erzielten **Arbeitsentgeltes ohne Begrenzung** auf die Beitragsbemessungsgrenze (einschließlich vermögenswirksamer Leistung, beitragsfreier Entgeltumwandlung, Sachbezüge, jedoch **ohne** einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, wie zum Beispiel Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld).
Bei Gleitzoneenfällen bitte **fiktives** Nettoarbeitsentgelt angeben.

Monat / Jahr	monatlicher Betrag brutto
Monat / Jahr	monatlicher Betrag brutto
Monat / Jahr	monatlicher Betrag brutto

Monat / Jahr	monatlicher Betrag netto
Monat / Jahr	monatlicher Betrag netto
Monat / Jahr	monatlicher Betrag netto



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR
---	---

noch Ziffer **4.2**

Betrag des in den letzten 12 Kalendermonaten beitragsfrei umgewandelten laufenden Arbeitsentgelts	Betrag
Höhe der in den letzten 12 Monaten gezahlten rentenversicherungspflichtigen Einmalzahlungen . Beitragsfrei umgewandelte (Teile von) Einmalzahlungen dürfen nicht bescheinigt werden.	Gesamtbetrag
4.3 Fehlzeiten ohne Arbeitsentgelt In den unter Ziffer 4.1 beziehungsweise Ziffer 4.2 angegebenen Zeiträumen sind folgende Fehltagge angefallen:	
Zeitraum	Tage
Zeitraum	Tage
Zeitraum	Tage
4.4 Sonstige Angaben ☐ Krankengeldzahlung in Höhe des Arbeitslosengeldes der Agentur für Arbeit (§ 47b Absatz 1 und 2 SGB V):	
kalendertäglicher Betrag 	
Höhe des Bemessungsentgeltes für die Leistung nach dem SGB III ohne Begrenzung auf die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung:	
kalendertäglicher Betrag 	
☐ Ruhen des Krankengeldes nach § 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V wegen Sperrzeit bis:	
Datum 	

5 Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung

Das Krankengeld unterliegt der Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. ☐ nein ☐ ja

6 Beitragszuschlag für Kinderlose

Der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung wird gezahlt. ☐ nein ☐ ja
--

7 Bestätigung der Krankenkasse

Datum, Stempel, Telefonnummer / Telefax und Unterschrift	Institutionskennzeichen
--	---



