

Personenbezeichnungen in diesem Vordruck gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form.
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!)

Absender

Jobcenter Salzlandkreis

Maßnahme-Nr.:
Bearbeiter:
Termin:

Bestätigung der Anmeldung zur Sozialversicherung

Hiermit wird bestätigt, dass der folgende Arbeitnehmer

Name, Vorname
Geburtsdatum

durch folgenden Arbeitgeber

Firmenname
Anschrift

- seit dem _____ (laufend)
- vom _____ bis zum _____
- nicht

zur Sozialversicherung angemeldet ist.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
------------	---