

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	<input type="text"/>	Status	<input type="checkbox"/>	Datum	J J M M T T
Hinweis (Rechtsnachfolger Zahlstelle)					<input type="text"/>
IK-Antrag	<input type="text"/>	Ausland	<input type="checkbox"/>	Modifikation	<input type="checkbox"/>
Zahlungsweise	<input type="text"/>	Zahlungsmodus	<input type="checkbox"/>	Zahlungstermin	M M T T
Beitragsart	<input type="checkbox"/>	Größenklasse	<input type="checkbox"/>	Inkasso	<input type="checkbox"/>
IK-Prüfung	<input type="text"/>	Sonderzuständigkeit	<input type="checkbox"/>		
Kurzbezeichnung der für die Beitragsüberwachung zuständigen Krankenkasse					
<input type="text"/>					
Prüf-Ende	J H J J M M T T	Prüf-Ergebnis	<input type="checkbox"/>	Prüf-Stelle	<input type="text"/>
IK-Aktual-KK					<input type="text"/>