

Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II

Ort, Datum

< Anschrift der Krankenkasse >

Betriebsnummer der Krankenkasse:

< Betriebsnummer der KK >

Interne Kennung des Leistungsträgers:

< Krankenkassenkennung >

BEITRAGSNACHWEIS**Beitragsnachweis für pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II
nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V; § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI**Leistungsart **Arbeitslosengeld II**

Abrechnungszeitraum

<Monat/Jahr>

	Beitragspflichtige Einnahme (Euro, Cent)	Beiträge (Euro, Cent)
Krankenversicherung	< Summe >	< Summe >
Pflegeversicherung	< Summe >	< Summe >
Gesamtsumme		<Additionsbetrag>