

Name der Firma:

Betriebs-/Beitragskonto-Nr. des Arbeitgebers
--

Zeitraum von:

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

bis:

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**BKK Melitta Plus**  
**Postfach 12 24**  
**32372 Minden**

Rechtskreis\*      Ost:      West:

**Fax: 0571 9759-1360**  
**beitraege@bkk-melitta.de**

Dauer-Beitragsnachweis *	
bisheriger Dauernachweis gilt erneut ab nächsten Monat *	
Beitragsnachweis enthält Beiträge aus Wertguthaben, das abgelaufenen Kalenderjahren zuzuordnen ist*	
Korrektur-Beitragsnachweis für abgelaufene Kalenderjahre *	

## Beitragsnachweis

	Beitragsgruppe	<input type="checkbox"/> Euro*	Cent
Beiträge zur Krankenversicherung - allgemeiner Beitrag -	1000		
Beiträge zur Krankenversicherung - erhöhter Beitrag -	2000		
Beiträge zur Krankenversicherung - ermäßigter Beitrag -	3000		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter	0100		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten	0200		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter - Arbeitgeberanteil -	0300		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten - Arbeitgeberanteil -	0400		
Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit	0010		
Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit - Arbeitgeberanteil -	0020		
Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung	0001		
Insolvenzgeldumlage	0050		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (AAG) für -Krankheitsaufwendungen-	U 1		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz (AAG) -für Mutterschaftsaufwendungen-	U 2		
<b>Gesamtsumme</b>			
Es wird bestätigt, dass die Angaben mit denen der Lohn- und Gehaltsunterlagen übereinstimmen und in diesem sämtliche Entgelte enthalten sind.	Beiträge zur Krankenversicherung für freiwillig Krankenversicherte		
	Beiträge zur Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte		
	abzüglich Erstattung gemäß § 1 AAG		
	zu zahlender Betrag/ Guthaben		

Datum, Unterschrift

\* Zutreffendes bitte ankreuzen