

AZ: / / -

Name:

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
Heyestraße 99
40625 Düsseldorf

**Antrag auf Erstattung des an den unfallverletzten Feuerwehrangehörigen
fort gezahlten Arbeitsentgeltes**

Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vom		bis
(längstens für die Dauer von 6 Wochen)		
		=
(Kalendertage)	(monatl. Bruttoentgelt)	
vermögenswirksame Leistungen		=
sonstiges fort gezahltes Arbeitsentgelt (bitte Art und jeweilige Höhe angeben)		=
Summe des Bruttoentgelts		=
Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung:		
Beiträge zur Krankenversicherung	%	+
Beiträge zur Pflegeversicherung	%	+
Beiträge zur Rentenversicherung	%	+
Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	%	+
Summe Bruttobetrag und Arbeitgeberanteile	%	=
Erstattung durch die Krankenkasse gem. § 10 LFZG (bitte Nachweis beifügen)		-
Gesamtsumme:		=

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel)