

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