LKC.

Änderungsmeldung

(1/2024)

-Firmenstempel -

Persönliche Daten

_____
Name, Vorname

_____
PLZ/Wohnort Straße

I. Abmeldung

Austrittsdatum: _____

Grund: _____

II. Anschriftenänderungen ab _____
Datum

Neue Anschrift: _____

_____

III. Änderung der Krankenkasse ab _____
Datum

Neue Krankenkasse: _____
(bitte genaue Bennennung – Mitgliedsbescheinigung beifügen)

IV. Änderung der persönlichen Verhältnisse:

( ) Ende bzw. Beginn von Arbeitslosigkeit ab _____
(zutreffendes bitte unterstreichen)

( ) Aufnahme einer sozialversicherungs-pflichtigen Tätigkeit ab _____

( ) Ende Elternzeit ab _____

( ) Sonstiges: ab _____

_____

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Arbeitgeber

--- LKC Schrödinger Leeb-Wittmann, Steuerberater ---
Überlassung an Dritte und Nachdruck nicht gestattet