

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 Benennung – Mitgliedsbescheinigung beifügen)

IV. Änderung der persönlichen Verhältnisse:

Ende bzw. Beginn von Arbeitslosigkeit ab

(zutreffendes bitte unterstreichen)

Aufnahme einer Sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit ab

Ende Elternzeit ab

Sonstiges: ab

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber