

# Änderungsmeldung

(3/2026)



┌ - 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