

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 sozialversicherungs-
pflichtigen Tätigkeit ab _____

() Ende Elternzeit ab _____

() Sonstiges: ab _____

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

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber