Betriebs-/Beitrags-Konto-Nr.

Hinweis:
Die Beantwortung der Fragen ist zur Prüfung des Erstattungsanspruchs erforderlich (§ 28o SGB IV; § 98 SGB X); der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber können getrennt Erstattungsanträge einreichen.

(Name/Firma)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Eingangsstempel der Krankenkasse

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Antrag auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung

Für den Arbeitnehmer		
Name, Vorname	Versicherungs-Nr.	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr., Wohnort	Beschäftigt vom	bis

wurden an Beiträgen tatsächlich gezahlt (nach Kalenderjahren getrennt):*

Zeitraum		Arbeitsentgelt**	Beitragsgruppe	Arbeitnehmer-/	Arbeitgeberanteil	Insgesamt
vom	bis	DM ☐ EUR ☐		DM ☐ EUR ☐	DM ☐ EUR ☐	DM ☐ EUR ☐
			Summe A			

waren an Beiträgen zu zahlen (nach Kalenderjahren getrennt):*

Zeitraum		Arbeitsentgelt**	Beitragsgruppe	Arbeitnehmer-/	Arbeitgeberanteil	Insgesamt
vom	bis	DM ☐ EUR ☐		DM ☐ EUR ☐	DM ☐ EUR ☐	DM ☐ EUR ☐
			Summe B			

Erstattungsbeträge (Summe A ./. Summe B)		

Grund für die Überzahlung (z. B. Nichtbestehen von Versicherungspflicht, Zugrundelegung eines zu hohen Arbeitsentgeltes)		
Die Arbeitnehmeranteile ☐ werden vom Arbeitgeber ausgezahlt. ☐ sollen dem Arbeitnehmer überwiesen werden.	☐ Die Arbeitgeberanteile ☐ sollen überwiesen werden.	☐ Die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile ☐ sollen dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

Geldinstitut (Arbeitnehmer)		Geldinstitut (Arbeitgeber)	
Konto-Nr.	Bankleitzahl	Konto-Nr.	Bankleitzahl

* Bei Änderung des Beitragssatzes innerhalb eines Kalenderjahres sind die Arbeitsentgelte stets aufzuteilen
** Sofern im Erstattungszeitraum Beiträge sowohl in DM als auch in EUR gezahlt worden sind, sind zwei Anträge auszufüllen.

Bei Erstattung von Beiträgen in voller Höhe bitte die Ziffern 1.1 bis 1.4 und 3 bis 5 ausfüllen.
Bei Erstattung von Beiträgen in nicht voller Höhe bitte die Ziffern 2 bis 5 ausfüllen.

1 Erstattung von Beiträgen in voller Höhe (z. B. Nichtbestehen von Versicherungspflicht):

1.1 Seit Beginn des Erstattungszeitraums sind Leistungen beantragt, bewilligt oder gewährt worden von:

a) der Krankenversicherung für den Arbeitnehmer und/oder seine Familienangehörigen

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am:
☐ bewilligt am:
☐ gewährt vom/bis:

b) der Pflegeversicherung (z. B. Pflegesachleistungen, Kurzzeitpflege, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen)

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am:
☐ bewilligt am:
☐ gewährt vom/bis:

c) der Rentenversicherung für den Arbeitnehmer und/oder seine Familienangehörigen (z. B. Leistungen zur Rehabilitation oder Rente)

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am:
☐ bewilligt am:
☐ gewährt vom/bis:

d) der Bundesanstalt für Arbeit (z. B. Arbeitslosen-, Kurzarbeiter-, Winterausfallgeld, Arbeitslosenhilfe)

Art der Leistung Arbeitsamt

☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am:
☐ bewilligt am:
☐ gewährt vom/bis:

1.2 Die zur Rentenversicherung zu Unrecht gezahlten Beiträge sollen dem Rentenversicherungsträger als Beiträge zur freiwilligen Versicherung verbleiben (§ 202 Satz 1 SGB VI):

vom bis vom bis

☐ nein ☐ ja

1.3 Für den Erstattungszeitraum sollen zur Rentenversicherung freiwillige Beträge nachgezahlt werden (§ 202 Satz 2 SGB VI):

vom bis vom bis

☐ nein ☐ ja

1.4 Der vom Arbeitgeber zurückgeforderte Beitragsanteil zur Rentenversicherung soll vom Versicherten an die Rentenversicherung wieder eingezahlt werden (§ 202 Satz 4 SGB VI)

☐ nein ☐ ja

2 Erstattung von Beiträgen in nicht voller Höhe (z. B. Zugrundelegung eines zu hohen Arbeitsentgeltes):

Der Arbeitnehmer hat Geldleistungen der Kranken- oder Rentenversicherung erhalten, für deren Bemessung ein zu hohes Arbeitsentgelt zugrunde gelegt wurde:

Zeitraum der Bescheinigung des Arbeitgebers zur Berechnung des Kranken- Übergangs- oder Mutterschaftsgeldes sowie einer Rente vom bis

☐ nein ☐ ja

3 Vom/Von Sozialversicherungsträger(n) beim Arbeitgeber durchgeführte letzte zwei Prüfungen:

Prüfung(en) am	Sozialversicherungsträger	Prüfzeitraum	Name des damaligen Arbeitgebers
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sofern aufgrund der Arbeitgeberprüfung ein Beanstandungsschutz entstanden ist (vgl. § 26 Abs. 1 SGB IV), sollen die betroffenen Pflichtbeiträge als zu Recht gezahlte Pflichtbeiträge bestehen bleiben?

☐ nein, Verzicht auf Beanstandungsschutz
bei Verzicht für Teilzeiträume: vom/bis

☐ ja, Vertrauensschutz

4	Es liegt ein Bescheid über eine Forderung eines Leistungsträgers (Krankenkasse, Pflegekasse, RV-Träger, Arbeitsamt) vor: ☐ nein ☐ ja vom bis Art der Forderung Leistungsträger
5	Die zu Unrecht gezahlten Beiträge sind von einem Dritten ersetzt worden. ☐ nein ☐ ja

Datum Unterschrift des Arbeitnehmers

Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

(Bearbeitungsvermerke des Versicherungsträgers)