



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Bestätigung für den Dienstgeber

Beitragskontonummer

2 Sonderzahlungs-
meldung

Für den Monat

.....
Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ∇		Bruttobetrag in Euro und Cent	Kassenvermerke
Familien- und Vornamen der Versicherten	Art der Sonderzahlung Versicherungsnummer		

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der/des Dienst- gebers(in) bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte(r)/Hersteller(in)	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
Datum		

HV – KV 006-2/04.02

Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung

Name

.....

Straße

PLZ *Ort*