

Archiv der Gossner Mission
im Evangelischen Landeskirchlichen Archiv in Berlin



Signatur

Gossner_G 1_1867

Aktenzeichen

ohne

Titel

Sozialversicherungsmeldungen der Mitarbeiter Arbeitszentrum Mainz

Band

Laufzeit

1962 - 1966

Enthält

u.a. Verzeichnisse der versicherungspflichtigen Beschäftigten; Beitragsrechnungen; Meldungen; Verdienstbescheinigungen des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Digitalisiert/Verfilmt 2009 von Mikro-Univers GmbH

Verzeichnis der versicherungspflichtigen Beschäftigten

Konto Nr.	Name, Vorname des Versicherten	Geburts- tag	Beifr.- Gruppe	Befr.- Grd.	Eintritts- tag	Änderungstag	Grd. S B	Termin	Lfd. Nr.
53125 Berichtigung	DEMME HELGA	23 04 10	02	5	01 04 60	10. 9. 61	4	1	1
53125 Berichtigung	ERHARDT HILDEGARD	29 03 11	03	3	01 03 57				2
53125 Berichtigung	FREUND HILDEGARD	21 12 48	02		01 04 63		1		3
53125 Berichtigung	GALL HERMINE	30 10 30	03	3	18 09 61				4
53125 Berichtigung	GOLDBACH KURT	01 02 01	02		10 11 57				5
53125 Berichtigung	GOLDBACH MARGAR	30 07 05	02		01 12 57		1		6
53125 Berichtigung	KLEEFELDT LIESE	22 06 11	02		01 02 60		1		7
53125 Berichtigung	MUELLER HORST	28 07 38	01		01 09 61	31. 12. 61	4		8
53125 Berichtigung	NEVADO MARIA	17 12 44	01		16 02 63				9
53125 Berichtigung	NEVADO MERCEDES	07 10 46	01		16 02 63				10
53125 Berichtigung	NOSSEM BARBARA	20 06 42	02		01 04 63	30. 9. 63	4	1	11
53125 Berichtigung	RIPPKE RENATE	25 05 43	02		01 04 63	30. 9. 63	4	1	12
53125 Berichtigung	RUTTA ANNI	01 03 25	02		01 01 55			1	13
53125 Berichtigung	SCHWAAB KUNIGUNDE	16 09 04	03	3	15 08 57			1	14
53125 Berichtigung	SINSCHKE CAMILLA	14 08 05	03	3	07 04 59				15
53125 Berichtigung	SPISSKE KARIN	10 07 42	02		01 03 63			1	16
53125 Berichtigung	THOMAS MARILYN	14 05 38	04	3	29 08 63			1	17
53125 Berichtigung	WEISSINGER FRIEDRICH	01 07 27	17		01 09 55			1	18
53125 Berichtigung	Gren, Barbara	23. 7. 44	02		1. 10. 63				19.
Berichtigung									

Wir bitten um baldgefl. Überprüfung der nebenstehenden Angaben aus unserer Stammkartei und Rücksendung einer Ausfertigung des Verzeichnisses.

Etwasige Abweichungen von den tatsächlichen Verhältnissen wollen in der jeweiligen Korrekturzeile vermerkt werden.

Die im Verzeichnis angegebenen Schlüsselzahlen bedeuten:

Spalte 4:

Beitragsgruppe

- 01-A1
- 11-G1
- 02-A2
- 12-G2
- 03-B1
- 13-K
- 04-B2
- 14-L
- 05-C1
- 15-M
- 06-C2
- 16-N
- 07-D1
- 17-O
- 18-Arbeitgeber-anteil Inv.-Vers.
- 08-D2
- 19-Arbeitgeber-anteil Ang.-Vers.
- 09-E1
- 10-E2

Spalte 5:

- 1-Land- und Forstwirtschaft
- 2-Lehrlinge
- 3-Geringfügige Besch.
- 4-Praktikant, Abkömmling
- 5-Rentner oder über 65 Jahre
- 6-Vermittl. unfähig

Spalte 8:

- 1-Gruppenänderung
- 2-Namensänderung
- 3-Sonst. Gründe
- 4-Abmeldung

Spalte 9:

- 1-Im Entgelt sind Sachbezüge enthalten

Spalte 10:

- Ende der Befreiung von der Arbeitslosenversicherung

Nevado Soledat Maria 17.12.44
Familien- und Vorname geboren am

Hausgehilfin I nein
beschäftigt als Lohnsteuerklasse Bezieht der Beschäftigte Rente?

1. Letzter Arbeitstag 20.4.66

2. Das Arbeitsverhältnis ist gelöst zum

3. Bei Arbeitsunfall a) Unfalltag - b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag -

Für den Unfalltag wird ein Entgelt für wieviele Stunden gezahlt -

oder in Höhe von DM -

d) Zuständige Berufsgenossenschaft: Berufsgenossenschaft f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege

4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? 3.5.66

Falls Sachbezüge weitergewährt werden: a) welche? -

b) bis wann? -

5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist? ja

6. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom 1.4. bis 30.4.66

7. Für diesen Zeitraum betrug a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM 501.--

b) der Nettolohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM 246.20

c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten: Arr: K u. W. Wert: DM 153.--

8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde -

b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist -

c) Zusammen -

9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungszeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw. 5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich gearbeitet hat -

10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden -

11. Arbeiter der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche?

vom Montag bis Freitag?

oder vom - bis -

Kastel, 4.5.66

Datum

IV 53 125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

<p>Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage 7</p>	
<p>Das Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbkrankhG.</p>	<p>Falls der Betrieb zu einer davon abweichenden Fristberechnung gekommen ist oder der Aufassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeldanspruch nicht besteht, wird um entsprechende Mitteilung gebeten.</p>
<p>Bel der Berechnung des Krankengeldes ist davon auszugehen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist *)</p>	<p>*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbkrankhG.</p>
<p>Das Krankengeld beträgt in DM 10.86</p>	<p>Regellohnes</p>
<p>beträgt in VH des 65</p>	<p>VH.</p>
<p>Krankengeld *) bis 4.5.66</p>	<p>bis</p>
<p>1) vom 4.5.66</p>	<p>2) vom</p>
<p>erhält Krankengeld - Hausgeld vom 4.5.66</p>	<p>bis</p>
<p>ist arbeitsunfähig - krank vom 20.4.66</p>	<p>bis</p>

Bescheinigung für die Berechnung des Krankengeld/Zuschusses

Erläuterungen für die Berechnung des Krankengeldes

1. Für Beschäftigte, deren Entgelt nicht nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „nein“ beantwortet ist):
 - a) Brutto-Entgelt (Frage 7 a): Zahl der Stunden (Frage 8) = Entgelt je Arbeitsstunde
 - b) Entgelt je Arbeitsstunde (a) x regelmäßige wöchentl. Arbeitsstunden (Frage 9) = Regelmäßiges Entgelt je Woche
 - c) Regelmäßiges Entgelt je Woche (b) : 6 Werktagen (sofern nicht 5-Tage-Woche) = Regelmäßiges Entgelt je Arbeits- bzw. Werktag (entsprechend Beantwortung Frage 11)
 - d) Regelmäßiges Entgelt je Arbeits- bzw. Werktag (c) x VH-Satz des Krankengeldes = Krankengeld je Arbeits- bzw. Werktag
2. Für Beschäftigte, deren Entgelt nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „ja“ beantwortet ist):
 - a) Brutto-Entgelt (Frage 7 a) : 30 = Regelmäßiges Entgelt je Kalendermonat
 - b) Regelmäßiges Entgelt je Kalendermonat x VH-Satz des Krankengeldes = Krankengeld je Kalendermonat

Diese Bescheinigung bleibt im Besitze des Versicherten und ist sorgfältig aufzubewahren. Sie dient gegebenenfalls zur Vorlage bei Behörden und sonstigen Stellen.

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Born, Katharina 29.5.29
Familien- und Vorname geboren am

Hausgehilfin I **nein**
beschäftigt als Lohnsteuerklasse Bezieht der (z. B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Heimarbeiter) Beschäftigte Rente?

1. Letzter Arbeitstag 26.4.66

2. Das Arbeitsverhältnis ist gelöst zum -
gekündigt

3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag -
 b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag -
 c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt -
 oder in Höhe von DM -
 d) Zuständige Berufsgenossenschaft: **Berufsgen.f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege, Hamburg**

4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? 26.4.66

Falls Sachbezüge weitergewährt werden:
 a) welche? -
 b) bis wann? -

5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitsragen oder -stunden abhängig ist? **ja**
(Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)

6. Letzter **abgerechneter** Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom **1.3.66** bis **31.3.66**

7. Für diesen Zeitraum betrug
 a) das **Bruttoentgelt** (ohne einmalige Zuwendg.) DM **501.--**
 b) der **Nettolohn** (ohne einmalige Zuwendg.) DM **313.68**
 c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten:
Kost Art: Wert: DM **76.50**

8. Anzahl der Stunden
 a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde
 b) die der Beschäftigte **unentschuldigt** der Arbeit ferngeblieben ist
 c) Zusammen

9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungszeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw. 5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich gearbeitet hat

10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden

11. Arbeiter der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche?
 vom Montag bis Freitag?
 oder vom
 bis

Gossner 27. April 1966

IV 53 125

Gossner-Mission
Mainz-Kastel

Brocher

Datum

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Diese Bescheinigung bitte aufbewahren und bei der Betriebsprüfung unaufgefordert mit vorlegen!

Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld/Zuschusses

ist war	arbeitsunfähig - krank	vom	26.4.66	bis	11.5.66
erhält erhielt	Krankengeld - Hausgeld	vom	27.4.	bis	11.5.

Das Krankengeld *) beträgt in vH. des Regellohnes	1) vom	27.4.	2) vom	
	bis	11.5.	bis	
	vH.	65	vH.	
	DM	10,86	DM	

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage		7
Bei der Berechnung des Krankengeldes ist davon ausgegangen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist **)	vom	27.4.66
	bis	11.5.66

*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

**) Falls der Betrieb zu einer davon abweichenden Fristberechnung gekommen ist oder der Auffassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeldzuschuß nicht besteht, wird um entsprechende Mitteilung gebeten.

Datum 5. 66

Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse

Berechnung des Arbeitgeberzuschusses (bei Arbeitern, deren Lohn nicht nach Monaten bemessen wird)

- Unverbindliches Muster -

- a) Brutto-Arbeitsentgelt im letzten abgerechneten Lohnabrechnungszeitraum ohne einmalige Zuwendungen (Ziffer 7a der Entgeltbescheinigung) _____ DM
- b) abzüglich gesetzliche Abzüge _____ DM
- c) Netto-Arbeitsentgelt _____ DM
- d) Zahl der Stunden, für die das Entgelt gezahlt wurde, und an denen der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist (Ziffer 8c der Entgeltbescheinigung) _____ Std.
- e) Netto-Arbeitsentgelt geteilt durch Stunden _____ DM
- f) Aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergeben sich regelmäßig (Ziffer 9 der Entgeltbescheinigung) wöchentlich _____ Std.
 - f 1) für den Arbeitstag (1/5) _____ Std.
 - f 2) für den Werktag (1/5) _____ Std.
- g) Netto-Arbeitsentgelt, je Arbeits- oder Werktag
 - g 1) für den Arbeitstag: Stunden/Nettolohn - Buchst. e - mal Stunden - Buchst. f 1) - _____ DM
 - g 2) für den Werktag: Stunden/Nettolohn - Buchst. e - mal Stunden - Buchst. f 2) - _____ DM
- h) abzügl. Krankengeld je Arbeits- oder Werktag _____ DM
- i) ergibt den Arbeitgeberzuschuß je Arbeits- oder Werktag _____ DM
- k) zu zahlen für Arbeits- oder Werktage Berechnet _____ Tage

den _____

(Unterschrift)

B AOK Wiesbaden

Abmeldung

57
Abmelde-Nr.

Konto-Nr. 53 125		Geburtsort Nassau	Staatsangehörigkeit Italien	Familienstand led. verw. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Familienname Simoncini		Vorname Assunta		26 Geburtsdatum 5. 5. 53
27 Postl.-Zahl 6091	31 jetziger Wohnort Ginsheim	52 Straße Mainzer Str. 33	Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder ---	
Postl.-Zahl	Hauptwohnung	Straße	---	

Wird von der Kasse ausgefüllt!

1. Beginn der Beschäftig. bzw. Vers. als:	2. beschäftigt gewesen	3. Beschäftigungsort:	4. Ende (letzter Tag)
17. 3. 69		Hausgehilfin Mainz-Kastel	30. 9. 69
Tag Monat Jahr			Tag Monat Jahr

5. Grund des Ausscheidens: auf eigenen Wunsch
(Bei Einberufung zum Grundwehrdienst bitten wir um unverzügliche Übersendung der Meldung nach § 209 a Abs. 3 RVO)
6. Gegen Entgelt außerdem beschäftigt bei: ---
7. Rentenbezieher oder -antragsteller d. Rentenvers. d. Arb., Angest. oder Knappschaft?
nein ja Rentenzeichen ---
8. Beschäftigungsverhältnis wurde gekündigt durch
Arbeitgeber Arbeitnehmer fristgemäß fristlos

Arbeitsentgelt brutto netto wöchentl. monatl.

9. Bar, ohne Familienzuschläge 640.00 DM

10. Familienzuschläge sonst. Barzuwendungen --- DM

11. Vertragl. zuges. Weihnachts-, Urlaubsgeld usw. --- DM

12. Sachbezüge? nein ja und zwar Kost Wohnung Teilkost
Frühstück Mittagessen Abendessen Sonst. Sachbez. ---

13. Vom Entgelt wurden abgezogen
Sozialvers. Beitr. ja nein Lohn-, Kirchensteuer ja nein Steuerklasse V
letzte Beitragsgruppen G H K $\frac{1}{2}$ K L $\frac{1}{2}$ L M U
Es wird bestätigt, daß der beitragspflichtige Brutto-Arbeitsverdienst in die Versicherungskarte des Versicherten eingetragen ist.

Art des Betriebes _____ Tel. _____

Zuständige Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Hamburg

Firmenstempel mit Anschrift
Gossnerhaus
6503 Mainz - Kastel
Joh. - Gossner - Str. 12

Datum 30.9.1969 Unterschrift f. Franke

Eingangsstempel

 **AOK Wiesbaden**
Betriebsprüfer
Regist.Nr.

- 4. 12. 70

Die Abmeldung ist spätestens 3 Tage nach Beendigung der Arbeit bei der Krankenkasse vorliegen. Bitte mit Schreibmaschine oder Blockschrift ausfüllen.

Bestätigungsdurchschrift für den Arbeitgeber
Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Abmeldung

Konto-Nr. 53 125	Geburtsort Lahti	Staatsangehörigkeit Finnland	Familienstand led. verw. verh.
6 Familienname Pitkänen	Vorname Kaja	26. Geburtsdatum 2. 4. 50	
27 Postl.-Zahl 6503	31 jetziger Wohnort Mainz-Kastel	52 Straße Joh.-Gossner-Str. 14	Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder ---
Postl.-Zahl	Hauptwohnung	Straße	---

Wird von der Kasse ausgefüllt!

1. Beginn der Beschäftig. bzw. Vers.	2. beschäftigt gewesen als:	3. Beschäftigungsort:	4. Ende (letzter Tag)
15. Tag	19. Monat	69. Jahr	Praktikantin Mainz-Kastel
30. Tag	4. Monat	70. Jahr	

5. Grund des Ausscheidens: eigener Wunsch
(Bei Einberufung zum Grundwehrdienst bitten wir um unverzügliche Übersendung der Meldung nach § 209 a Abs. 3 RVO)

6. Gegen Entgelt außerdem beschäftigt bei ---

7. Rentenbezieher oder -antragsteller d. Rentenvers. d. Arb., Angest. oder Knappschaft?
nein ja Rentenzeichen ---

8. Beschäftigungsverhältnis wurde gekündigt durch
Arbeitgeber Arbeitnehmer fristgemäß fristlos

Arbeitsentgelt brutto netto wöchentl. monatl.

9. Bar, ohne Familienzuschläge 691.-- DM

10. Familienzuschläge sonst. Barzuwendungen --- DM

11. Vertragl. zuges. Weihnachts-, Urlaubsgeld usw. --- DM

12. Sachbezüge? nein ja und zwar Kost Wohnung Teilkost
Frühstück Mittagessen Abendessen Sonst. Sachbez. ---

13. Vom Entgelt wurden abgezogen
Sozialvers. Beitr. ja nein Lohn-, Kirchensteuer ja nein Steuerklasse ---
letzte Beitragsgruppen G H K 1/2 K L 1/2 L M U
Es wird bestätigt, daß der beitragspflichtige Brutto-Arbeitsverdienst in die Versicherungskarte des Versicherten eingetragen ist.

Art des Betriebes _____ Tel. _____	Eingangsstempel
Zuständige Berufsgenossenschaft <u>Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Hamburg</u>	<p>AOK Wiesbaden Betriebsprüfer Geprüft den</p> <p>30. 4. 1970</p>
Firmenstempel mit Anschrift Gossnerhaus 6503 Mainz - Kastel Joh. - Gossner - Str. 14 Datum <u>Mz-Kastel</u> Unterschrift <u>30.4.1970</u> <i>J. Jansen</i>	

Bestätigungsdurchschrift für den Arbeitgeber

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

esse vorliegen.

Die Abmeldung (mit Durchschrift) muss spätestens 3 Tage nach Beendigung der Arbeit bei der Bille mit Schreibmaschine oder Blockschrift ausfüllen.

Zur Beachtung!

Bei Zahlungen bitte stets Kontonummer, Name, Wohnort und Straße angeben.
Wir bitten, bargeldlose Zahlung zu bevorzugen.

Etwaige Unstimmigkeiten in der Beitragsrechnung und im Kontoauszug bitten wir uns innerhalb einer Woche mitzuteilen.

Notwendige Berichtigungen werden im folgenden Beitragsmonat berücksichtigt.

Schlüsselzahlen:

Betrifft:

Spalte Gruppe

Beitragsgruppen

1. Stelle	2. Stelle
1-H	1-K
2-G	2-L
4-U	3-M
6-G+U	4-K+M
	5-L+M
	6- $\frac{1}{2}$ K
	7- $\frac{1}{2}$ L
	9-M + $\frac{1}{2}$ K
	A-M + $\frac{1}{2}$ L

Betrifft:

Spalte Grund

- 09-Nachberechnung
- 10-Ordnungsbeiträge
- 11-Beitragsrückerstattungen-Krankenversicherung
- 12-Beitragsrückerstattungen-Rentenversicherung der Arbeiter
- 13-Beitragsrückerstattungen-Rentenversicherung der Angestellten
- 14-Beitragsrückerstattungen-Arbeitslosenversicherung
- 15-Gutschrift-Krankenversicherung
- 16-Gutschrift-Rentenversicherung der Arbeiter
- 17-Gutschrift-Rentenversicherung der Angestellten
- 18-Gutschrift-Arbeitslosenversicherung
- 19-sonstige Beitragsrückerstattungen
- 20-sonstige Gutschriften
- 21-Nachtragssoll
- 22-berichtigte Beitragsnachweisung (§ 318c RVO)
- 27-Ordnungsstrafe
- 28-nicht eingelöste Schecks
- 29-sonstige Kosten der Zwangsvollstreckung
- 30-Barkasse
- 31-Postscheck
- 32-Bank
- 33-Zahlstelleneinzahlung
- 34-Bankeinzahlung
- 35-Verrechnung (ohne 37)
- 36-Saldo
- 37-Gutschrift § 10 LFZ G
- 40-Mahngebühren
- 41-Pfändungsgebühren
- 42-Säumniszuschläge
- 43-Eingänge aus früher vom Soll abgesetzten Beiträgen
- 44-Beitragsrückzahlungen
- 49-Umbuchung

Handwritten note:
Kont. i. d. Karte
Abrechn. nicht
vollständig

B AOK Wiesbaden

57

Abmelde-Nr.

Abmeldung

Konto-Nr. 5 3 1 25		Geburtsort Mailitz		Staatsangehörigkeit Deutsch		Familienstand led. verw. verh. gesch.	
6 Familienname Schwab		Vorname Kunigunde		26 Geburtsdatum 16 9 04		Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder keine	
27 Postl.-Zahl 6501		31 jetziger Wohnort Mainz-Kostheim		52 Straße Jnnsbrucker Str. 3		Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder keine	
Postl.-Zahl ---		Hauptwohnung ---		Straße ---		---	

Wird von der Kasse ausgefüllt!

1. Beginn der Beschäftig. bzw. Vers. 1. 8. 7		2. beschäftigt gewesen als: Hausgehilfin		3. Beschäftigungsort: Mz-Kastel Joh-Gossner-Str. 14		4. Ende (letzter Tag) 3. 1. 70		
Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr

5. Grund des Ausscheidens: Verzug d. Arbeitgebers nach Mainz
(Bei Einberufung zum Grundwehrdienst bitten wir um unverzügliche Übersendung der Meldung nach § 209 a Abs. 3 RVO)

6. Gegen Entgelt außerdem beschäftigt bei ---

7. Rentenbezieher oder -antragsteller d. Rentenvers. d. Arb., Angest. oder Knappschaft?
nein ja Rentenzeichen ---

8. Beschäftigungsverhältnis wurde gekündigt durch
Arbeitgeber Arbeitnehmer fristgemäß fristlos

Arbeitsentgelt brutto netto wöchentl. monatl.

9. Bar, ohne Familienzuschläge 453.20 DM

10. Familienzuschläge sonst. Barzuwendungen --- DM

11. Vertragl. zuges. Weihnacht-, Urlaubsgeld usw. --- DM

12. Sachbezüge? nein ja und zwar Kost Wohnung Teilkost
Frühstück Mittagessen Abendessen Sonst. Sachbez. ---

13. Vom Entgelt wurden abgezogen
Sozialvers. Beitr. ja nein Lohn-, Kirchensteuer ja nein Steuerklasse II/-
Letzte Beitragsgruppen G H K 1/2 K L 1/2 L M U

Es wird bestätigt, daß der beitragspflichtige Brutto-Arbeitsverdienst in die Versicherungskarte des Versicherten eingetragen ist.

Art des Betriebes _____ Tel. _____		Eingangsstempel	
Zuständige Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Hamburg		Allgemeine Ortskrankenkasse	
Firmenstempel mit Anschrift Gossner Mission 65 MAINZ ALBERT-SCHWEITZER-STR. 115		5. NOV. 1970 Wiesbaden	
Datum <u>2. Nov. 70</u> Unterschrift <u>A. Gossner</u>			

Bestätigungsdurchschrift für den Arbeitgeber

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Die Abmeldung (mit Durchschrift) muß spätestens 3 Tage nach Beendigung der Arbeit bei der Krankenkasse vorliegen. Bitte mit Schreibmaschine oder Blockschrift ausfüllen.

B AOK Wiesbaden

Abmeldung

57
Abmelde-Nr.

Konto-Nr. 5 3 1 25		Geburtsort Schwerin		Staatsangehörigkeit Deutsch		Familienstand led. verh. verw. gesch.	
6 Familienname Michael sen				Vorname Dietrich		2. Geburtsdatum 7 6 25	
27 Postl.-Zahl 65		31 jetziger Wohnort Mainz		52 Straße Albert-Schweitzer Str		Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder 3	
Postl.-Zahl ---		Hauptwohnung -----		Straße 113-115			

Wird von der Kasse ausgefüllt!

1. Beginn der Beschäftig. bzw. Vers. als:		2. beschäftigt gewesen als:		3. Beschäftigungsort:		4. Ende (letzter Tag)	
1 5 8 6 19 Tag Monat Jahr		Geschäftsführ		Mainz-Kastel Joh.-Gossner- Str. 14		3 1 1 0 7 0 Tag Monat Jahr	

5. Grund des Ausscheidens: Vorzug des Arbeitgebers nach Mainz
(Bei Einberufung zum Grundwehrdienst bitten wir um unverzügliche Übersendung der Meldung nach § 209 a Abs. 3 RVO)

6. Gegen Entgelt außerdem beschäftigt bei _____

7. Rentenbezieher oder -antragsteller d. Rentenvers. d. Arb., Angest. oder Knappschaft?
nein ja Rentenzeichen _____

8. Beschäftigungsverhältnis wurde gekündigt durch
Arbeitgeber Arbeitnehmer fristgemäß fristlos

Arbeitsentgelt brutto netto wöchentl. monatl.

9. Bar, ohne Familienzuschläge _____ 1.654.-- DM

10. Familienzuschläge sonst. Barzuwendungen _____ 150.-- DM

11. Vertragl. zuges. Weihnachts-, Urlaubsgeld usw. _____ DM

12. Sachbezüge? nein ja und zwar Kost Wohnung Teilkost
Frühstück Mittagessen Abendessen Sonst. Sachbez. _____

13. Vom Entgelt wurden abgezogen
Sozialvers. Beitr. ja nein Lohn-, Kirchensteuer ja nein Steuerklasse III/3
Letzte Beitragsgruppen G H K 1/2 K L 1/2 L M U

Es wird bestätigt, daß der beitragspflichtige Brutto-Arbeitsverdienst in die Versicherungskarte des Versicherten eingetragen ist.

Art des Betriebes _____ Tel. _____

Zuständige Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst + Allgemeine Ortskrankenkasse
Wohlfahrtspflege, Hamburg

Firmenstempel mit Anschrift
Gossner Mission
65 MAINZ
ALBERT-SCHWEITZER-STR. 113-115

Eintragungsstempel
5. NOV. 1970

Datum 3. Nov. 70 Unterschrift J. Flaus

Bestätigungsdurchschrift für den Arbeitgeber

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Bitte mit Schreibmaschine oder Blockschrift ausfüllen. Form muß spätestens 3 Tage nach Beendigung der Arbeit bei der Krankenkasse vorliegen.



Eingangsstempel

Allgemeine
Ortskräftigen

Bestätigung

5. NOV 1970

Name: Bauer, Jan

Vorname: ~~Wiederich~~

geb. am: 23.12.1906

in: Leipzig

~~verh.~~ verh., verw. ~~XXXXX~~

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Wbn-Biebrich
Breslauer Str. 42

ausgetreten am 31.10.1970

beschäftigt als Buchhalter

Barlohn 1.617.--

Sachbezüge --.--

Beitragsgruppe: L

Gossner Mission

65 MAINZ

ALBERT - SCHWEITZER - STR. 114-115

A. Gossner

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

**Allgemeine
Ortskrankenkasse**
Eingangsstempel
5. NOV 1970
Bestätigung

Name: Ehrhardt

Vorname: Hildegard

geb. am: 29.3.1911

in: Chemnitz

led., verh., verw., gesch.
~~XX~~ ~~XXXXXX~~

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

65 Mainz

Grosse Weissgass
2

ausgetreten am 31.10.1970

beschäftigt als Hausgehilfi

Barlohn 453.20

Sachbezüge -.-

Beitragsgruppe: G, K, M.

Gossner Mission

65 MAINZ

ALBERT - SCHWEITZER - STR. 113 - 115

G. Kauer

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriß ist vom Arbeitgeber auszu-
füllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post ein-
gehen, wird eine Bestätigung nur erteilt,
wenn ein freigemachter Briefumschlag bei-
liegt.

Allgemeine
Ortskreislagen
Eingangsstempel

5 Nov. 1970
Bestätigung 1970

Name: Gall

Vorname: Hermine

geb. am: 30.10.1930

in: Mainz

Med., h., verw., gesch. XXXXXX

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

65 Mainz

Kaiserstr. 62

ausgetreten am 31.10.1970

beschäftigt als Hausgehilfin

Barlohn 453.20

Sachbezüge ---

Beitragsgruppe: G, K, M.

Gossner Mission

65 MAINZ

ALBERT-SCHWEITZER-STR. 113-115

A. Bauer

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Allgemeine
Krankenkasse
5. OKT. 1970
Eingangsstempel
- WIESBADEN

Bestätigung

Name: G a l l

Vorname: Rudolf

geb. am: 10.3.1939

in:

h., verw., geschr.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

6503 Mz-Kastel
Joh.-Gossner-Str. 44

ausgetreten am 30.9.70

beschäftigt als Hausmeister

Barlohn 1144.--

Sachbezüge --.--

beitragsgruppe: C 2 K M

Gossnerhaus
503 Mainz - Kastel
Joh.-Gossner-Str. 44

G. Gossner

(Schrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Abriss ist vom Arbeitgeber auszu-
und aufzubewahren!

dungen, die durch die Post ein-
wird eine Bestätigung nur erteilt,
freigemachter Briefumschlag bei-

gemeinsame
Kassenkasse
29 SEP 1970
Eingangsstempel
DEN --
Bestätigung

Name: Leimbert

Vorname: Anna

geb. am: 14.1.1916

in: Volna

Teilr., verw., gesch.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:
6502 Mz-Kostheim
Salzburgerstr. 20

ausgetreten am 31.8.1970

beschäftigt als Köchin

Barlohn 571.--

Sachbezüge --.--

Beitragsgruppe: G, K, M.



Gossnerhaus
6503 Mainz - Kastel
Joh. - Gossner - Str. 14

L. Gossner

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE
WIESBADEN
POSTFACH 3125**

Kr. z. K.
AOK

*Gossner Haus
6503 Mainz - Kastel
General Mudra Nr. 1/3*

Hauptgeschäftsstelle: Wiesbaden, Blücherstraße 12

Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen
- Bitte in Ihrer Antwort angeben -

Hausanschluß
des Sachbearbeiters

Tag

3. 11. 66

IV/ 53125

56

Betr.: Verzeichnis der bei unserer Kasse gemeldeten
Arbeitnehmer - 1. 10. 66

Stiching:

Sehr geehrter Arbeitgeber!

Beiliegend übersenden wir Ihnen ein im Lochkartenverfahren erstelltes Verzeichnis sämtlicher von Ihnen gemeldeten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer in doppelter Ausfertigung. Wir bitten Sie höflich, das Mitgliedsverzeichnis auf seine Richtigkeit zu überprüfen. Etwaige Abweichungen wollen Sie bitte in der jeweiligen Korrekturspalte berichtigen und alsbald wieder an uns zurücksenden. Die Zweitschrift ist für Ihre Akten bestimmt.

Im übrigen verweisen wir auf die rückseitig vermerkten Erläuterungen zu den im Verzeichnis angegebenen Schlüsselzahlen.

Wir nehmen an, daß die von uns vorgesehene Abstimmung unserer beiderseitigen Unterlagen auch in Ihrem Interesse liegt und danken Ihnen im voraus für Ihre freundliche Unterstützung.

Hochachtungsvoll

Im Auftrage:

Beck

Hauptgeschäftsstelle
62 Wiesbaden, Blücherstr. 12
Fernruf 40041

Nebenstellen
Biebrich, Bierstadt, Dotzheim, Kastel,
Kastheim, Schierstein, Sonnenberg

Dienststunden
Montag bis Freitag 8-12.30 Uhr
samstags geschlossen

bitte wenden!
Postscheckkonto: Ffm. Nr. 6893
Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden

Die im Verzeichnis angegebenen Schlüsselzahlen bedeuten:

Spalte 4: (Beitragsgruppen)

01 = C1 + K + M	09 = C1 + L	17 = L + M
02 = C2 + K + M	10 = C2 + L	31 = C3 + K + M
03 = C1 + K	11 = C1 + M	32 = C3 + K
04 = C2 + K	12 = C2 + M	33 = C3
05 = C1	13 = K	34 = C3 + L + M
06 = C2	14 = L	35 = C3 + L
07 = C1 + L + M	15 = M	36 = C3 + M
08 = C2 + L + M		

Die Beitragsgruppen bedeuten:

- C1 = Beitrag zur Krankenversicherung (voll)
- C2 = Beitrag zur Krankenversicherung (gekürzt I)
- C3 = Beitrag zur Krankenversicherung (gekürzt II)
- K = Beitrag zur Rentenversicherung der Arbeiter
- L = Beitrag zur Rentenversicherung der Angestellten
- M = Beitrag zur Arbeitslosenversicherung

Spalte 5:

Grund der Befreiung
von der Arbeitslosenversicherung

- 1 = Land- und Forstwirtschaft
- 2 = Lehrlinge
- 3 = Geringfügige Beschäftigung
- 4 = Praktikant, Abkömmling
- 5 = Rentner oder über 65 Jahre
- 6 = Vermittlungsunfähig

Spalte 7:

Anderungstag oder Austrittstag

Spalte 8:

Grund der Veränderung

- 1 = Gruppenänderung
- 2 = Namensänderung
- 3 = Sonstige Gründe
- 4 = Abmeldung

Spalte 9:

- 1 = Im Entgelt sind Sachbezüge enthalten

Spalte 10:

Ende der Befreiung von
der Arbeitslosenversicherung
(z.B. Lehrlinge mit Lehrvertrag)

Gossmet Haus, 6503 Mainz-Kastel, General Mutha Str. 1/3
Verzeichnis der versicherungspflichtigen Beschäftigten

Konto Nr.	Name, Vorname des Versicherten	Geburtstag			Beitr.-Gruppe	Befr. Grd.	Eintrittstag			Änderungstag			Grd.	S B	Termin	Lfd. Nr.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
53125 Berichtigung	BIRGUELLUE AYZEN	05	02	35	01		15	09	66							1
53125 Berichtigung	BORN KATHARINA	29	05	29	01		01	01	66				1			2
53125 Berichtigung	DIEHL CHRISTIANE	18	01	48	14	4	01	10	65	30. 3. 66	4					3
53125 Berichtigung	ERHARDT HILDEGARD	29	03	11	03	3	01	03	57							4
53125 Berichtigung	GALL HERMINE	30	10	30	03	3	18	09	61							5
53125 Berichtigung	GOLDBACH KURT	01	02	01	02		10	11	57							6
53125 Berichtigung	GOLDBACH MARGAR	30	07	05	02		01	12	57				1			7
53125 Berichtigung	KERBIRON SOISIJ	13	05	41	02		07	01	64	30. 4. 65	4	1				8
53125 Berichtigung	KOTSOPOULOU EVAGELIA	27	03	49	02		04	05	66				1			9
53125 Berichtigung	LEIMBERT ANNA	14	01	16	01		18	04	66							10
53125 Berichtigung	MAYER RENATE	15	01	43	08		01	07	65							11
53125 Berichtigung	NEVADO MERCEDES	07	10	46	02		16	02	64							12
53125 Berichtigung	OEZKAN HABIBE	02	11	43	01		15	09	66							13
53125 Berichtigung	RUTTA ANNI	01	03	25	08		01	01	55				1			14
53125 Berichtigung	SCHWAAB KUNIGUNDE	16	09	04	03	3	15	08	57				1			15
53125 Berichtigung	SIMCHE CAMILLA	14	08	05	03	3	07	04	59							16
53125 Berichtigung	UNGER IRMGARD	22	09	47	14	4	01	10	65	30. 3. 66	4.					17
53125 Berichtigung	WEISSINGER FRIEDRICH	01	07	27	17		01	09	55							18

Wir bitten um baldgefl. Überprüfung der nebenstehenden Angaben aus unserer Stammkartei und Rücksendung einer Ausfertigung des Verzeichnisses. Etwaige Abweichungen von den tatsächlichen Verhältnissen wollen in der jeweiligen Korrekturzeile vermerkt werden,

Die im Verzeichnis angegebenen Schlüsselzahlen bedeuten:

Spalte 4:

Beitragsgruppe

01-A 1	15-M
02-A 2	16-N
03-B 1	17-O
04-B 2	18-Arbeitgeberant.
05-C 1	Rentenvers.-Arb.
06-C 2	19-Arbeitgeberant.
07-D 1	Rentenvers.-Ang.
08-D 2	31-A 3
09-E 1	32-B 3
10-E 2	33-C 3
11-G 1	34-D 3
12-G 2	35-E 3
13-K	36-G 3
14-L	

Spalte 5:

- 1 - Land- und Forstwirtschaft
- 2 - Lehrlinge
- 3 - Geringfügige Besch.
- 4 - Praktikant, Abkömmling
- 5 - Rentner oder über 65 Jahre
- 6 - Vermittl. unfähig

Spalte 8:

- 1 - Gruppenänderung
- 2 - Namensänderung
- 3 - Sonstige Gründe
- 4 - Abmeldung

Spalte 9:

- 1 - Im Entgelt sind Sachbezüge enthalten

Spalte 10:

- Ende der Befreiung von der Arbeitslosenversicherung

Eing. 19. SEP. 1966

Melde- und Zählkarte

Eingangsstempel

Bestätigung

me: Bingüllü

rname: Aykan

b. am: 5.2.35

Kirschir.

l., verh., verw., gesch. verh.

ohnort, Straße und Haus-Nr.:

Ginsheim

Gusdarsburger Str. 9

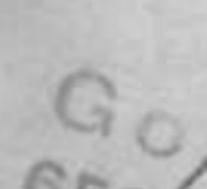
eschäftigt ab: 15.9.66

eschäftigt als: Hauswirtschaftliche

Bruder
arohn: 571

achbezüge: —

Beitragsgruppe: GKM



Gossner
650
[Signature]
(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Eing. 19. SEP. 1966

Meld- und Zahlstelle

M Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Özkan

Vorname: Habibe

geb. am: 2. 11. 43

in: Bulikesir/Turkei

led., ~~verh.~~, verw., gesch. Verh.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Ginsheim

Elisabethenstr. 19

beschäftigt ab: 15. 9. 66

beschäftigt als: Hauswirtschaftliche

Bruttolohn: 571

Sachbezüge: /

Beitragsgruppe: L, KM

Gossnerhaus

503

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Ablage siehe Kontenauszüge
AOK

29.8.66

An die
Allgem. Ortskrankenkasse

62 Wiesbaden
Postfach 3125

Betr.: Konto-Nr. IV 53 125

Unsere Beitragsnachweisung für Angestellte vom
1. August bis 31. August 1966, aufgestellt nach den
Beitragstabellen vom 1. Januar 1966.

Beitrags- gruppe	Zahl der Versich.	Vers. Anteil	Gesamt- beitrag
C 1	7	141.97	283.94
C 2	7	137.12	274.24
C 3			
K	12	353.33	706.66
L	3	177.80	355.60
M	7	26.63	<u>53.25</u>
	Gesamtsumme		<u>1.673.70</u> =====

Wir bitten um Zusendung von Formularen für Beitrags-
nachweisungen, damit wir Ihnen diese ordnungsgemäß
aufstellen können.

Mit freundlichem Gruß


(Weissinger)

25. JULI 1966

Wiesbaden

Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Port

Vorname: Denise

geb. am: 11.1.47

in: Canterbury
England

led., verh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Mz-Kastel

Joh-Gossner-Str. 1

ausgetreten am 15.7.66

beschäftigt als Hausgehilfin

Barlohn 212.28

Sachbezüge 153.--

Beitragsgruppe: C₂+K+M

Gossner-Mission
Mainz-Kastel

H. Gossner

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Gossner
Mission

Für den Versicherten

Bescheinigung des Arbeitgebers
über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Simche Camilla Familien- und Vorname geboren am 14.8.05		6. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom 1.4.66 bis 30.4.66	
Hausgehilfin beschäftigt als (z. B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Heimarbeiter)		Lohnsteuerklasse III Bezieht der Beschäftigte die Rente? nein	
1. Letzter Arbeitstag 2.5.66		7. Für diesen Zeitraum betrug a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM 312.-- b) der Nettolohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM 273.-- c) In dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten: Art: _____ Wert: DM _____	
2. Das Arbeitsverhältnis ist <u>gelöst</u> / <u>gekündigt</u> zum _____		8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde _____ b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist _____ c) Zusammen _____	
3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag _____ b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag _____ c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt _____ oder in Höhe von DM _____ d) Zuständige Berufsgenossenschaft: Berufsgenossensch.f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspf. Hamburg		9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungszeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw. 5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich gearbeitet hat _____	
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? 2.5.66 Falls Sachbezüge weitergewährt werden: a) welche? _____ b) bis wann? _____		10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden _____	
5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn , dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist? (Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden) ja		11. Arbeitet der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche? vom Montag bis Freitag? <input checked="" type="checkbox"/> oder vom _____ bis _____	

Kastel, 3.5.66

Datum

TV 53 125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

**Gossner-Mission
Mainz-Kastel**

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Prokes

Berechnung des Arbeitgeberzuschusses (bei Arbeitern, deren Lohn nicht nach Monaten bemessen wird) - Unverbindliches Muster -

f) Aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergeben sich regelmäßig (Ziffer 9 der Entgeltbescheinigung) wöchentlich

f 1) für den Arbeitstag (1/3) _____ Sid.

f 2) für den Werktag (1/3) _____ Sid.

g) Netto/Arbeitsentgelt, je Arbeitstag oder Werktag

g 1) für den Arbeitstag: _____ Sid.

g 2) für den Werktag: _____ Sid.

Stunden/Nettolohn - Buchst. e - _____

mal Stunden - Buchst. f 2) - _____

h) abzügl. Krankengeld je Arbeitstag oder Werktag _____ DM

i) ergibt den Arbeitgeberzuschuß je Arbeitstag oder Werktag _____ DM

k) zu zahlen für Arbeitstag oder Werktag _____ DM

_____ den _____ (Unterschrift)

Bescheinigung für die Berechnung des Krankengeld/Zuschusses

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage _____

Bei der Berechnung des Krankengeldes vom _____ bis _____ ist davon auszugehen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist (*)

Das Krankengeld beträgt in _____ bis _____ Regellohnes _____ DM

1) vom _____ bis _____

2) vom _____ bis _____

erhält Krankengeld - Hausgeld vom **3.5.66** bis **23.5.66**

ist arbeitsunfähig - krank vom **2.5.66** bis **23.5.66**

_____ Datum

_____ Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse

Diese Bescheinigung bitte aufbewahren und bei der Betriebsprüfung unauferfordert mit vorlegen!

Diese Bescheinigung bleibt im Besitze des Versicherten und ist sorgfältig aufzubewahren. Sie dient gegebenenfalls zur Vorlage bei Behörden und sonstigen Stellen.

Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

ist war	arbeitsunfähig - krank	vom	2.5.66	bis	23.5.66
erhält erhielt	Krankengeld - Hausgeld	vom	3.5.66	bis	23.5.66
Das Krankengeld *)		1) vom	2) vom		
beträgt in		bis	bis		
vH. des		vH.	vH.		
Regellohnes		DM	DM		
Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage		7			
Bei der Berechnung des Krankengeldes		vom			
st davon ausgegangen worden, daß der		bis			
Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist **)					

*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

** Falls der Betrieb zu einer davon abweichenden Fristberechnung gekommen ist oder der Auffassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeldzuschuß nicht besteht, wird um entsprechende Mitteilung gebeten.

Datum: 24.5.66
Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse

Erläuterungen für die Berechnung des Krankengeldes

Das Krankengeld wird wie folgt berechnet:

- für Beschäftigte, deren Entgelt nicht nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „nein“ beantwortet ist):
 - Brutto-Entgelt (Frage 7 a): Zahl der Stunden (Frage 8) = Entgelt je Arbeitsstunde
 - Entgelt je Arbeitsstunde (a) x regelmäßige wöchentl. Arbeitsstunden (Frage 9) = Regelmäßiges Entgelt je Woche
 - Regelmäßiges Entgelt je Woche (b): 5 Arbeitstage (bei 5-Tage-Woche) oder 6 Werktagen (sofern nicht 5-Tage-Woche) = Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (entsprechend Beantwortung Frage 11)
 - Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (c) x vH-Satz des Krankengeldes = Krankengeld je Arbeits- bzw. Werktag
- für Beschäftigte, deren Entgelt nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „ja“ beantwortet ist):
 - Brutto-Entgelt (Frage 7 a): 30 = Regellohn je Kalendertag
 - Regellohn je Kalendertag x vH-Satz des Krankengeldes = Krankengeld je Kalendertag

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Datum

Gossner-Mission
Mainz-Kastel
Wesbaden

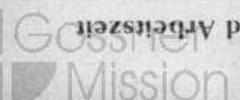
IV 53 125

Kastel, 3.5.66

1. Letzter Arbeitstag	2.5.66	2. Das Arbeitsverhältnis ist gelöst zum	
3. Bei Arbeitsunfall:		a) Unfalltag	
		b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag	
		c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt	
		oder in Höhe von DM	
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergezahlt?	2.5.66	Falls Sachbezüge weitergezahlt werden:	
b) bis wann?		a) welche?	
5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitsstunden oder -stunden abhängig ist? (Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)	ja		
6. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom	1.4.66	7. Für diesen Zeitraum betrug	
	30.4.66	a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM	312.--
	273.09	b) der Netto Lohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM	
		c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten:	
8. Anzahl der Stunden		a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde	
		b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist	
		c) Zusammen	
9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungszeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw. 5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich gearbeitet hat		10. Für den Betrieb (Betriebszeit) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden	
11. Arbeiter der Betrieb (Betriebszeit), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche?		vom Montag bis Freitag?	
		oder vom	
		bis	

Allgemeine Ortskrankenkasse
Wesbaden

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit



Für den Arbeitgeber
Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

4. MAI 1966
II-Ka. 1

26. MAI 1966

Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Kotsopoulou

Vorname: Evagelia

geb. am: 27.3.49

in: Vevi/Florina
Griechenland

led., , verw., gesch. verh.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Gossnerhaus
6503 Mainz - Kastel
Joh. - Gossner - Str. 14

beschäftigt ab: 4.5.66

beschäftigt als: Hausgehilfi

Barlohn: 385.30

Sachbezüge: 43.20

Beitragsgruppe: C₂+K+M

Gossnerhaus
6503 Mainz - Kastel
Joh. - Gossner - Str. 14

Brabus
(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

26. MAI 1981
Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Nevado

Vorname: Mercedes

geb. am: 7.10.46

in: Badajoz/Spanien

led. h., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Gossnerhaus

6503 Mainz - Kastel

Joh. - Gossner - Str. 14

beschäftigt als: Hausgehilfin

neues Entgelt ab: 1.5.66

neue Lohnstufe: -

Beitragsgruppe: G₂ + K + M

Gossnerhaus

6503 Mainz - Kastel

Joh. - Gossner - Str. 14

[Handwritten Signature]
(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Gossner

Mission

26. MAI 1966

Wiesbaden
Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Nevado

Vorname: Soledad-Maria

geb. am: 17.12.44

in: Badajoz/Spanien

led., verh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Gossnerhaus
6503 Mainz - Kastel
Joh. - Gossner - Str. 14

ausgetreten am 4.5.66

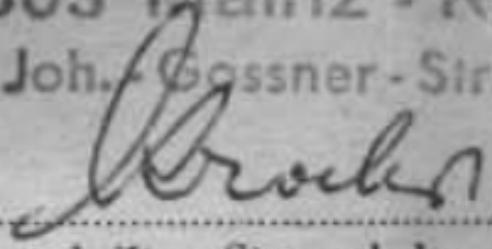
beschäftigt als Hausgehilfin

Barlohn 246.20

Sachbezüge 153.--

Beitragsgruppe: C₂+K+M

Gossnerhaus
6503 Mainz - Kastel
Joh. - Gossner - Str. 14



(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

21.5.66

An die
Allgem. Ortskrankenkasse

62 Wiesbaden
Schließfach 3125

Betr.: Anmeldung

Anbei erhalten Sie die Anmeldung für Frau Kotsopolou.
Wir bitten die verspätete Anmeldung zu entschuldigen,
da mit der Aufenthaltserlaubnis eine Verzögerung ein-
trat.

Mit freundlichem Gruß

R. Schrade

i.A. R.Schrade

5. Mai 66

GH-Kr/Schr

An die
Allg. Ortskranken-
Kasse

62 Wiesbaden
Flücherstr. 12

Betr.: Konto-Nr. 53 115

Hier: S ünniszuschläge usw. für März 1966

Die nicht rechtzeitige Zahlung der Versicherungsbeiträge für den Monat März 1966 und die verspätete Einreichung eines Nachweises ist auf eine vorübergehende Personalknappheit zurückzuführen. Unsere Buchhaltung war im Laufe des Aprils für einige Zeit überhaupt nicht besetzt.

Ein Mahnschreiben, das laut telefonischer Auskunft von Ihnen um den 18. April herum an uns abgegangen ist, ist hier nicht zum Eingang registriert worden. Es konnte auch jetzt nicht aufgefunden werden.

Wir haben die S ünniszuschläge in der gesamten Höhe von DM 68,58 Ihrem Vollzugsbeamten ausgezahlt. Da wir aber bisher gewissenhaft und pünktlich unsere Beiträge abgeführt haben und bei Ihnen sicherlich nicht unter den säumigen Zahlern registriert sind, möchten wir darum bitten, daß uns diese Säumniszuschläge nachträglich erlassen werden.

Mit freundlichem Gruß

(H. Krockert, Pfr.)

Allgemein

Orts

23. APR. 1966
Eingangsstempel

Wiesbaden
Bestätigung

Name: Arud

Vorname: Norwa

geb. am: 1.2.39

in: Marek Pa USA

led., verh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Josua Mission, Kastel

Joh.-Gossner-Str. 14

ausgetreten am 30.4.66

beschäftigt als Haarputz

Barlohn 41,88

Sachbezüge 153,-

Beitragsgruppe: C2+K+P

GOSSNER MISSION

6503 IM HANZ-KASTEL

JOH. GOSSNER-STR. 14

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt wenn ein freigemachter Briefumschlag bei liegt

Gossher
Mission

Allgemeine
Ortskrankenkasse

29. APR. 1966

Eingangsstempel

Wiesbaden

Bestätigung

Name: Port

Vorname: Deuise

geb. am: M. 1. 47

in: Kautzburg

led., verh., verw., gesch. led

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Gossner-Mission

Mainz-Kastel

beschäftigt ab 1.5.66

beschäftigt als Hausgehilfe

Barlohn 212,28

Sachbezüge 153,-

Beitragsgruppe: G+K+9

Gossner-Mission

Mainz-Kastel

Bröckler

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Gossner

Mission

23. APR. 1966

Eingangsstempel

IV. Saarbrücken

BestätigungName: LeinbertVorname: Annageb. am: 14. 1. 16in: Zehra Harbeyled., verh., verw., gesch. verh.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Mz. - KostheimSalzbeerenstr. 20beschäftigt ab 18. 4. 66beschäftigt als HaarjehilfeBarlohn 227,03Sachbezüge 60,-Beitragsgruppe: C1 + V**Gossnerhaus****6503 Mainz - Kastel**

Joh. - Gossner - Str. 14

Brocker
(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Gossner

Mission

Allgemeine
Ortskrankenkasse

Eingangsstempel 3. JAN. 1966

Wiesbaden =
Bestätigung

Name: Boru

Vorname: Katharina

geb. am: 29.5.29

in: Mainz

led., eh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

92 - Kothlein

Kodlweier Str. 92

beschäftigt ab 11.66

beschäftigt als Hausgehilfin

Barlohn 313,68

Sachbezüge 76,50

Beitragsgruppe: G+K+H

Gossner-Mission
Mainz-Kastel

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Simche Camilla

Familien- und Vorname

14.8.05

geboren am

Hausgehilfin

beschäftigt als

Lohnsteuerklasse

nein

Bezieht der

Beschäftigte Rente?

(z. B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Helmarbeiter)

6. Letzter **abgerechneter** Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom

1.10.65

~~1.10.65~~

bis

31.10.65

7. Für diesen Zeitraum betrug

a) das **Bruttoentgelt** (ohne einmalige Zuwendg.) DM

312.--

b) der **Nettolohn** (ohne einmalige Zuwendg.) DM

273.09

c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten:

Art: _____ Wert: DM _____

8. Anzahl der Stunden

a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde

b) die der Beschäftigte **unentschuldigt** der Arbeit ferngeblieben ist

c) Zusammen

9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungszeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw. 5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich gearbeitet hat

10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden

11. Arbeitet der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche?

vom Montag bis Freitag?

oder vom

bis

1. Letzter Arbeitstag 9.11.65

2. Das Arbeitsverhältnis ist ^{gelöst} gekündigt zum -

3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag 9.11.65

b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag 4 Stund

c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt

oder in Höhe von DM

d) Zuständige Berufsgenossenschaft: Berufsgen.f. Gesundheits-

dienst u. Wohlfahrtspflege, Hamburg

4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? 9.11.65

Falls Sachbezüge weitergewährt werden:

a) welche? /

b) bis wann? /

Bezieht der Beschäftigte ein **Monatsgehalt** oder einen festen **Monatslohn**, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist?

ja

(Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Gossner 16. Nov. 1965
Mission Datum

53125
Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Gossner-Mission.
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Diese Bescheinigung bleibt im Besitze des Versicherten und ist sorgfältig aufzubewahren. Sie dient gegebenenfalls zur Vorlage bei Behörden und sonstigen Stellen.

Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld/Zuschusses

Ist war	arbeitsunfähig - krank	vom	9. 11. 65
			bis
erhält erhielt	Krankengeld - Hausgeld	vom	10. 11. 65
			bis

Das Krankengeld *) beträgt in vH. des Regellohnes	1) vom	10. 11.	2) vom	
	bis	5. 12.	bis	
	vH.	65	vH.	
	DM	6,76	DM	

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage	7				
Bei der Berechnung des Krankengeldes ist davon ausgegangen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist **)	<table border="1"> <tr> <td>vom</td> <td>10. 11. 65</td> </tr> <tr> <td>bis</td> <td>5. 12. 65</td> </tr> </table>	vom	10. 11. 65	bis	5. 12. 65
vom	10. 11. 65				
bis	5. 12. 65				

*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

**) Falls der Betrieb zu einer davon abweichenden Fristberechnung gekommen ist oder der Auffassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeldzuschuß nicht besteht, wird um entsprechende Mitteilung gebeten.

Datum 3. 12. 65

 Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse

Erläuterungen für die Berechnung des Krankengeldes

Das Krankengeld wird wie folgt berechnet:

1. für Beschäftigte, deren Entgelt nicht nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „nein“ beantwortet ist):

- a) Brutto-Entgelt (Frage 7 a): Zahl der Stunden (Frage 8)
= Entgelt je Arbeitsstunde
- b) Entgelt je Arbeitsstunde (a) x regelmäßige wöchentl. Arbeitsstunden (Frage 9)
= Regelmäßiges Entgelt je Woche
- c) Regelmäßiges Entgelt je Woche (b) : 5 Arbeitstage (bei 5-Tage-Woche) oder 6 Werktagen (sofern nicht 5-Tage-Woche)
= Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (entsprechend Beantwortung Frage 11)
- d) Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (c) x vH-Satz des Krankengeldes
= Krankengeld je Arbeits- bzw. Werktag

2. für Beschäftigte, deren Entgelt nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „ja“ beantwortet ist):

- a) Brutto-Entgelt (Frage 7 a): 30 = Regellohn je Kalendertag
- b) Regellohn je Kalendertag x vH-Satz des Krankengeldes
= Krankengeld je Kalendertag

2. NOV.
Eingangsstempel

Wiesbaden
Bestätigung

Name: Fredd

Vorname: Norena

geb. am: 1.2.39

in: Nazareth Pa. USA

led. h., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Gossner Mission
Mz-Kastel

beschäftigt als: Hausgehilfe

neues Entgelt ab: 1.11.65

neue Lohnstufe: Leibniz

Beitragsgruppe: A2

Gossner-Mission
Mainz-Kastel

Mission
(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Allgemeine
Dankankasse

5. OKT 1965
Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Hof

Vorname: Elke

geb. am: 7. 11. 48

in: West. Sonnenlay

leg., eh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

West. Sonnenlay

Vorderbey

ausgetreten am 8. 10. 65

beschäftigt als Hauspflicht

Barlohn 140,-

Sachbezüge -

Beitragsgruppe: A2

Gossner-Mission
Mainz-Kastel

Krebs

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Allgemeine
Ortskrankenkasse

Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Diehl

Vorname: Winthauer

geb. am: 18. 1. 48

in: Rückeburg

led. rh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Mz-Kastel

Joh.-Gossner-Str. 14

beschäftigt ab 1. 10. 65

beschäftigt als Praktikant

Barlohn 90,-

Sachbezüge 153,-

Beitragsgruppe: L

GOSSNER MISSION

6503 MAINZ-KASTEL

JOH.-GOSSNER-STR. 14

[Handwritten Signature]

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Gossner
Mission

**Allgemeine
Ortskrankenkasse**

2. OKT 1965
Bestätigung

Wiesbaden

Name: Huger

Vorname: Inugard

geb. am: 22. 9. 47

in: Beslin

led. h., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

772-Kastel

Joh.-Gossner-Str. 14

beschäftigt ab 1. 10. 65

beschäftigt als Praktikanti

Barlohn 90,-

Sachbezüge 153,-

Beitragsgruppe: L

GOSSNER MISSION
6503 MAINZ-KASTEL
JOH.-GOSSNER-STR. 14

Brocher

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Allgemeine
Arbeitskarte
25. SEP 1965
Eingangsstempel

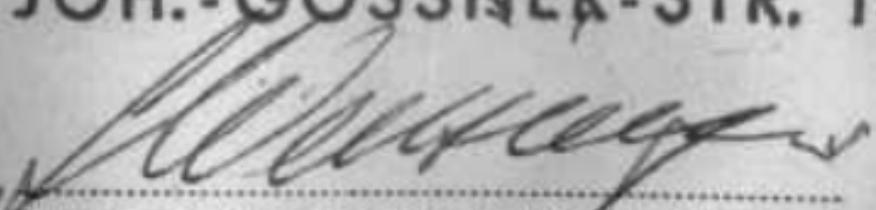
Bestätigung

Name: Arnold
Vorname: Norwa
geb. am: 1.2.39
in: Merareth Pa. USA
led., verh., verw., gesch. led
Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Gossner-Mission
Mainz-Kastel

beschäftigt ab 15.9.65
beschäftigt als Hausgehilfe
Barlohn 220,-
Sachbezüge 153,-
Beitragsgruppe: A2

GOSSNER MISSION
6503 MAINZ-KASTEL
JOH.-GOSSNER-STR. 14


(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!
Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

25. SEP. 1965
Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Rahr

Vorname: Manika

geb. am: 2. 11. 46

in: Küchen

led., verh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

172-Kastel

Joh-Gossner-Str 14

ausgetreten am 30.9.65

beschäftigt als: Praktikanti

Barlohn: 85,-

Sachbezüge: 153,-

Beitragsgruppe: L

GOSSNER MISSION

03 MAINZ-KASTEL

H.-GOSSNER-STR. 14

[Handwritten Signature]
(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Dieser Abriss ist vom Arbeitgeber auszufüllen und aufzubewahren!

Für Meldungen, die durch die Post eingehen, wird eine Bestätigung nur erteilt, wenn ein freigemachter Briefumschlag beiliegt.

Gossner
Mission

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Kaffee

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Nevado, Marisol 17.12.44 <small>Familien- und Vorname</small> <small>geboren am</small>		6. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom 1.8.65 bis 31.8.65	
Hausgehilfin I - <small>beschäftigt als</small> <small>Lohnsteuerklasse</small> <small>Bezieht der Beschäftigte die Rente?</small>		7. Für diesen Zeitraum betrug a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM 451.-- b) der Nettolohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM 212.35 c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten: Art: <u>Soz-Ver. K+ W</u> Wert: DM 153.--	
1. Letzter Arbeitstag 20.8.65		8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde - b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist - c) Zusammen -	
2. Das Arbeitsverhältnis ist <u>gelöst</u> zum - <small>gekündigt</small> <small>4. Okt. 1965</small>		9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungszeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw. 5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich gearbeitet hat -	
3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag - b) übliche Arbeitszeit am Unfalltag - c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt - oder in Höhe von DM - d) Zuständige Berufsgenossenschaft: -		10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden -	
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? 3.9.65 Falls Sachbezüge weitergewährt werden: a) welche? <u>Soz. Vers., Kost- u. Wohnung</u> b) bis wann? 3.9.65		11. Arbeitet der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche? vom Montag bis Freitag? - oder vom Montag bis Sonntag	
5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn , dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist? ja (Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)			

Allgemeine Ortskrankenkasse

5. OKT 1965

Wiesbaden

Gossner Mission

Kastel, 2.10.1965

Datum

TV 53125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Gossner-Mission

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Diese Bescheinigung bitte aufbewahren und bei der Betriebsprüfung unaufgefordert mit vorlegen!

Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

ist war	arbeitsunfähig - krank	vom	<u>20.8.65</u>
		bis	<u>18.9.65</u>
erhält erhält	Krankengeld - Hausgeld	vom	<u>4.9.65</u>
		bis	<u>18.9.65</u>

Das Krankengeld *) beträgt in vH. des Regellohnes	1) vom	<u>4.9.</u>	2) vom	_____
	bis	<u>18.9.</u>	bis	_____
	vH.	<u>65</u>	vH.	_____
	DM	<u>9.77</u>	DM	_____
	DM	<u>9.77</u>	DM	_____

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage 7

Bei der Berechnung des Krankengeldes ist davon ausgegangen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist *)

vom _____ bis _____

*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

**) Falls der Betrieb zu einer davon abweichenden Fristberechnung gekommen ist oder der Auffassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeldzuschuß nicht besteht, wird um entsprechende Mitteilung gebeten.

Datum 12.10.65


 Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse

Berechnung des Arbeitgeberzuschusses (bei Arbeitern, deren Lohn nicht nach Monaten bemessen wird)

- Unverbindliches Muster -
 - a) Brutto-Arbeitsentgelt im letzten abgerechneten Lohn-
abrechnungszeitraum ohne einmalige Zuwendungen
(Ziffer 7a der Entgeltbescheinigung) _____ DM
 - b) abzüglich gesetzliche Abzüge _____ DM
 - c) Netto-Arbeitsentgelt _____ DM
 - d) Zahl der Stunden, für die das Entgelt gezahlt wurde,
und an denen der Beschäftigte unentschuldigt der
Arbeit ferngeblieben ist (Ziffer 8c der Entgeltbe-
scheinigung) _____ Std.
 - e) Netto-Arbeitsentgelt geteilt durch Stunden _____ DM
 - f) Aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergeben sich
regelmäßig (Ziffer 9 der Entgeltbescheinigung)
wöchentlich _____ Std.
 - f 1) für den Arbeitstag (1/5) _____ Std.
 - f 2) für den Werktag (1/6) _____ Std.
 - g) Netto-Arbeitsentgelt, je Arbeits- oder Werktag
 - g 1) für den Arbeitstag:
Stunden-Nettolohn - Buchst. e -
mal Stunden - Buchst. f 1) - _____ DM
 - g 2) für den Werktag:
Stunden-Nettolohn - Buchst. e -
mal Stunden - Buchst. f 2) - _____ DM
 - h) abzügl. Krankengeld je Arbeits- oder Werktag _____ DM
 - i) ergibt den Arbeitgeberzuschuß je Arbeits- oder
Werktag _____ DM
 - k) zu zahlen für Arbeits- oder Werktage
Berechnet _____ Tage
- _____, den _____ (Unterschrift)

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Nevado, Marisol <small>Familien- und Vorname</small>		17.12.44 <small>geboren am</small>		6. Letzer abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom 1.8.65 bis 31.8.65	
Hausgehilfin <small>beschäftigt als</small>		I <small>Lohnsteuerklasse</small>		- <small>Bezieht der Beschäftigte die Rente?</small>	
B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Heimarbeiter)					
1. Letzter Arbeitstag		20.8.65		7. Für diesen Zeitraum betrug	
2. Das Arbeitsverhältnis ist <u>gelöst</u> zum		-		a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM 451.--	
3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag		-		b) der Nettolohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM 212.35	
b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag		-		c) In dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten:	
c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt		-		Art <u>Soz.-Ver.K+ W</u> Wert: DM 51.22	
oder in Höhe von DM		-		8. Anzahl der Stunden	
d) Zuständige Berufsgenossenschaft:		-		a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde -	
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt?		3.9.65		b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist -	
Falls Sachbezüge weitergewährt werden:		-		c) Zusammen -	
a) welche? <u>Soz.Vers., Kost-u.Wohnung</u>		-		9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungszeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw. 5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich gearbeitet hat	
b) bis wann?		3.9.65		10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden	
5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist?		ja		11. Arbeitet der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche?	
(Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)		-		vom Montag bis Freitag? -	
				oder vom Montag bis Sonntag	

Für den Versicherten

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Gossner Mission
 Kastel, 2.10.1965
 Datum

TV 53125
 Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Gossner-Mission
 Mainz-Kastel
 Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Diese Bescheinigung bleibt im Besitze des Versicherten und ist sorgfältig aufzubewahren. Sie dient gegebenenfalls zur Vorlage bei Behörden und sonstigen Stellen.

Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

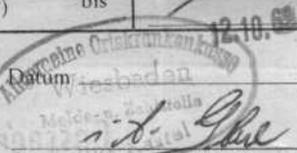
Ist war	arbeitsunfähig - krank	vom	20. 8. 65	
			bis	18. 9. 65
erhält erhielt	Krankengeld - Hausgeld	vom	4. 9. 65	
			bis	18. 9. 65
Das Krankengeld *) beträgt in vH. des Regellohnes	1) vom	4. 9.	2) vom	
	bis	18. 9.	bis	
	vH.	65	vH.	
	DM	9.77	DM	

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage 7

Bei der Berechnung des Krankengeldes vom
ist davon ausgegangen worden, daß der bis
Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist **)

*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

**) Falls der Betrieb zu einer davon abweichenden Fristberechnung gekommen ist oder der Auffassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeldzuschuß nicht besteht, wird um entsprechende Mitteilung gebeten.

Datum 12.10.65

 Unterschrift S. S. S.

Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse

Erläuterungen für die Berechnung des Krankengeldes

Das Krankengeld wird wie folgt berechnet:

1. für Beschäftigte, deren Entgelt nicht nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „nein“ beantwortet ist):

a) Brutto-Entgelt (Frage 7 a): Zahl der Stunden (Frage 8)

= Entgelt je Arbeitsstunde

b) Entgelt je Arbeitsstunde (a) x regelmäßige wöchentl. Arbeitsstunden (Frage 9)

= Regelmäßiges Entgelt je Woche

c) Regelmäßiges Entgelt je Woche (b) : 5 Arbeitstage (bei 5-Tage-Woche) oder 6 Werktagen (sofern nicht 5-Tage-Woche)

= Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (entsprechend Beantwortung Frage 11)

d) Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (c) x vH-Satz, des Krankengeldes

= Krankengeld je Arbeits- bzw. Werktag

2. für Beschäftigte, deren Entgelt nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 5 mit „ja“ beantwortet ist):

a) Brutto-Entgelt (Frage 7 a): 30 = Regellohn je Kalendertag

b) Regellohn je Kalendertag x vH-Satz des Krankengeldes

= Krankengeld je Kalendertag

(Vor dem Ausfüllen bitte Erläuterungen auf der Rückseite beachten! Bitte dreifach ausfüllen!)

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

FÜR DEN ARBEITGEBER zur Vorlage bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Wiesbaden

Name: Leimbert Vorname: Rosa Geb.-Datum: 3.5.05 Lohnsteuerklasse: II

Wohnort: Mz-Kestel-Kostheim Beschäftigt als: Hausgehilfen Rentenbezieher: _____

<p>1. Arbeitet der Betrieb (Betriebsstil) in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche?</p> <p style="text-align: right;">vom Montag bis Freitag?</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p style="text-align: right;">vom _____ bis _____</p>	<p>6 Tage</p>	<p>8. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum (mindestens 4 Wochen) (3)</p> <p style="text-align: right;">vom <u>1.8.65</u> bis <u>31.8.65</u></p> <p>Unbezahlter Urlaub vom _____ bis _____ mit Zustimmung des Arbeitgebers</p>	<p>vom <u>1.8.65</u> bis <u>31.8.65</u></p> <p>vom _____ bis _____</p>
<p>2. Letzter Arbeitstag</p>	<p>31.8.</p>	<p>9. Für diesen Zeitraum betrug d. Bruttolohn/-Geh. DM (ohne einmalige Zuwendungen u. ohne Sachbezüge) (4)</p> <p style="text-align: right;">312.--</p> <p>daneben wurden folgende Sachbezüge gewährt _____</p> <p>daneben wurden folgende einmalige Zuwendungen gewährt _____</p>	<p>Montag</p> <p>Samstag</p>
<p>3. Das Beschäftigungsverh. ist <u>gelöst</u> / <u>gekündigt</u> zum _____</p>	<p>nein</p>	<p>10. Zahl der Stunden</p> <p>a) für die der Bruttolohn gezahlt wurde . . . (5) _____</p> <p>b) an denen der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist (5) _____</p> <p>c) Zusammen _____</p>	<p>31.8.65</p>
<p>4. Bei Arbeitsunfall: (Wegeunfall) Unfalltag _____</p> <p style="text-align: right;">wieviel Stunden wurden am Unfalltag gearbeitet?</p>	<p>-</p>	<p>11. Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit des Versicherten — ohne Überstunden — während der letzten drei Monate bzw. Lohnabrechnungszeiträume (6)</p> <p style="text-align: right;">-</p>	<p>-</p>
<p>5. Letzter Tag für den voller Lohn, Gehalt usw. gewährt wird (1)</p>	<p>31.8.65</p>	<p>12. Nur ausfüllen, wenn regelmäßig in jedem der 3 letzten Monate bzw. Abrechnungs-Zeiträume von je 4 bzw. 5 Wochen Überstunden geleistet wurden (7)</p> <p>Überstunden im letzten Zeitraum = Monat/ 4 bzw. 5 Wochen _____ Std.</p> <p>vorletzten Z. = M./4 bzw. 5 Wochen _____ Std.</p> <p>davorlieg. Z. = M./4 bzw. 5 Wochen _____ Std.</p> <p style="text-align: right;">zusammen _____ Std.</p> <p>ergibt durchschnittliche wöchentliche Überstunden _____</p> <p>regelmäßige wöc h e n t l. Arbeitszeit unter Berücksichtigung der regelmäßigen Überstunden Ziffer 11 und 12 _____</p>	<p>nein</p>
<p>6. Werden Sachbezüge während der Arbeitsunfähigkeit weiter gewährt?</p> <p style="text-align: right;">wenn ja, welche _____</p> <p style="text-align: right;">bis wann _____</p>	<p>-</p>	<p>7. Handelt es sich um einen festen, gleichbleibenden Monatslohn bzw. Gehalt? (z. B. Angestellte, Hausgehilfen, Lehrlinge) wenn ja, brauchen die Fragen 10 bis 12 nicht beantwortet zu werden (2)</p> <p style="text-align: center;">Ja</p>	<p>-</p>

in Arbeitgeber auszufüllen!

Von der Kasse auszufüllen

11. September 1965
Datum

Gossner-Mission
Maria Kestel
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

IV 53 125
Konto-Nr. des Arbeitgebers

Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

ist	arbeitsunfähig - krank				
war			vom		bis
erhält		Krankengeld	vom		bis
erhielt		Hausgeld	vom		bis
Das Krankengeld*)	beträgt	in v. H. des Regellohnes	% =		DM
Das Hausgeld	beträgt	in v. H. des Krankengeldes	% =		DM
Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage _____					

Bei der Berechnung des Regellohnes wurde von einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden ausgegangen (vgl. Ziffer 11 bzw. 12)

*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. § 1 ArbKrankG.

Datum _____

Diese Bescheinigung bitte aufbewahren und bei der Betriebsprüfung unaufgefordert mit vorlegen.

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse



Erläuterungen

- (1) Zu berücksichtigen ist auch das aus tariflichen oder sonstigen Gründen für die ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit zu zahlende Entgelt.
- (2) Die Frage ist dann mit „ja“ zu beantworten, wenn es sich um ein Monatsgehalt (z. B. bei Angestellten) bzw. um einen festen gleichbleibenden Monatslohn (z. B. Hausgehilfen, Lehrlinge) handelt. Die Frage ist mit „nein“ zu beantworten, wenn es sich um Lohn handelt, der nicht nach Monaten bemessen, sondern nur monatlich abgerechnet wird (monatlicher Lohnabrechnungszeitraum).
- (3) Letzter abgerechneter Lohnzeitraum ist der Zeitraum, auf den sich der zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit **abgerechnete** Lohn bezog. Löhne, die erst während der Arbeitsunfähigkeit abgerechnet werden, bleiben unberücksichtigt.
Beispiel: Ist der Versicherte am 2. Juli erkrankt und die Lohnabrechnung erfolgt am 3. eines jeden Monats, so ist für die Errechnung des Regellohnes nicht das Arbeitsentgelt für Juni, sondern für Mai zu bescheinigen.
Liegen noch keine Lohnabrechnungen für 4 Wochen vor, (z. B. weil der Beschäftigte erst später die Arbeit aufgenommen hat), so werden die Ergebnisse der Lohnabrechnungen angegeben, die am Tage des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit vorliegen.
- (4) Einmalige Zuwendungen*) bleiben außer Ansatz. Im übrigen ist das Entgelt im soz.-vers.-rechtlichen Sinne, ohne Rücksicht auf die Beitragsbemessungsgrenze, anzugeben.
- (5) Soweit Fehlstunden bezahlt wurden, sind sie als Arbeitsstunden unter Nr. 10a anzugeben.
Fehlstunden ohne Entgelt sind zu trennen in entschuldigte und unentschuldigte Fehlstunden. Die Entscheidung, ob der Arbeitnehmer entschuldigt oder unentschuldigt gefehlt hat, obliegt dem Arbeitgeber. Ein unentschuldigtes Fernbleiben ist anzunehmen, sobald der Arbeitgeber ohne Rücksicht auf den Grund Fehlens dem Fernbleiben zugestimmt hat. Nur die unentschuldigten Fehlstunden sind in der Bescheinigung unter Nr. 10b anzugeben.
- (6) Zur Feststellung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden ist von den letzten 3 abgerechneten Monaten (3 x 4 bzw. 5 Wochen oder 3 Monate) — Rahmenfrist — vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ist innerhalb dieser Rahmenfrist vertraglich eine andere regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit festgelegt worden, dann gilt diese nur dann als regelmäßig, wenn die abweichende Regelung erkennbar mindestens einen Zeitraum von 3 Monaten gültig sein wird.
Besteht das Arbeitsverhältnis noch keine 3 Monate, so ist von diesem kürzeren Zeitraum auszugehen; läßt sich daraus keine Feststellung über die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit treffen, dann ist von der regelmäßigen Arbeitszeit eines vergleichbaren Arbeiters auszugehen.
- (7) Von regelmäßigen Überstunden dürfte nur auszugehen sein, wenn in der Rahmenfrist in jedem Monat Überstunden geleistet wurden. Sind danach regelmäßige Überstunden, jedoch in unregelmäßiger Zahl, angefallen, dann ist von einem Mittelwert der Zahl der wöchentlichen Überstunden auszugehen.

***) Einmalige Zuwendungen sind z. B.:**

Beihilfen und Unterstützungen
Dreizehntes oder vierzehntes Monatsgehalt
Erfindervergütungen
Erholungs- und Ferienbeihilfen (nicht das laufende Arbeitsentgelt während der Erholungskur oder der Ferien)
Gewinnbeteiligungen, sofern sie nicht laufend (z. B. Umsatzprovision) gezahlt werden
Gratifikation
Heirats- und Geburtsbeihilfen
Jubiläumsgeschenke
Prämien für Verbesserungsvorschläge
Überbrückungsbeihilfen
Umzugskosten-Entschädigungen
Unfallverhütungs-Prämien
Urlaubsabgeltungen (nicht Urlaubsgelder)
Weihnachts- und Neujahrzuwendungen
Lohnnachzahlungen für Zeiten außerhalb des bescheinigten Lohnabrechnungszeitraumes

Das Krankengeld wird wie folgt berechnet:

1. für Beschäftigte deren Entgelt nicht nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 7 mit „nein“ beantwortet ist):
 - a) Brutto-Entgelt (Frage 9): Zahl der Stunden (Frage 10 c) = Entgelt je Arbeitsstunde
 - b) Entgelt je Arbeitsstunde (a) × regelmäßige wöchentliche Arbeitsstunden (Frage 11 od. 12) = regelmäßiges Entgelt je Woche
 - c) Regelmäßiges Entgelt je Woche (b) : 5 Arbeitstage (bei 5-Tage-Woche) oder 6 Werktagen (sofern nicht 5-Tage-Woche) = Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (entsprechend Beantwortung Frage 1)
 - d) Regellohn je Arbeits- bzw. Werktag (c) × vH-Satz*) des Krankengeldes = Krankengeld je Arbeits- bzw. Werktag
2. für Beschäftigte, deren Entgelt nach Monaten bemessen wird (d. h. wenn die Frage 7 mit „ja“ beantwortet ist):
 - a) Brutto-Entgelt (Frage 9) : 30 = Regellohn je Kalendertag
 - b) Regellohn je Kalendertag × vH-Satz*) des Krankengeldes = Krankengeld je Kalendertag

- *) ohne Angehörige 65% des Regellohnes
mit 1 Angehörigen 69% des Regellohnes
mit 2 Angehörigen 72% des Regellohnes
mit 3 und mehr Angehörigen 75% des Regellohnes

ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE

WIESBADEN
POSTFACH 3125

AOK

Herrn
Kurt Goldbach

6503 Wiesbaden-Kastel
Johann Gossner Straße 14

Hauptgeschäftsstelle: Wiesbaden, Blücherstraße 12

Fernruf: Sammelnummer 40041

Durchschrift

Ihr Zeichen: --- Ihr Schreiben vom: --- Unser Zeichen: **IV/53 125/0e** Hausanschluß des Sachbearbeiters: **80** Tag: **28. März 1967**
- Bitte in Ihrer Antwort angeben -

Betr.: Erstattung von Sozialversicherungsbeiträgen
hier: **Kurt Goldbach, geb. 1.2.1901;**
Arbeitgeber: **Gossner Mission, Wiesbaden-Kastel, Johann Gossner Straße 14**

Sehr geehrte(r) **Herr Goldbach !**

Auf Ihren Antrag sind die gemäß **§ 1229 Abs.1 RVO, Rz: 12/16/8525/01,** rechtsunwirksam entrichteten Beiträge wie folgt zu erstatten:

Arbeitnehmeranteile

Krankenversicherung	vom	1.2.66	bis	31.12.66	467,26	DM,
Rentenvers. der Arbeiter	vom	1.2.66	bis	28. 2.66	3,39	DM,
Arbeitslosenversicherung	vom	1.2.66	bis	28. 2.66		DM,
insgesamt:					470,65	DM.

Diesen Betrag haben wir bereits an Sie überwiesen.

Arbeitgeberanteile

Krankenversicherung	vom	1.2.66	bis	31.12.66	467,26	DM,
Rentenvers. der Arbeiter	vom	1.2.66	bis	28. 2.66	3,39	DM,
Arbeitslosenversicherung	vom	1.2.66	bis	28. 2.66		DM,
insgesamt:					470,65	DM.

Diesen Betrag haben wir bereits an Ihren Arbeitgeber überwiesen.

G e b u c h t		
Soll Kto.-Nr.	Haben Kto.-Nr.	Journal Seite
114	4080	17

Mit freundlichen Grüßen
In Auftrage:

Ø **LVA Hessen, Ffm.,**
Arbeitsamt Wiesbaden,
Gossner Mission

(**Schwabinger**)

Born, Katharina

29.5.29

Familien- und Vorname
Küchenhilfe

I

geboren am
nein

beschäftigt als

Lohnsteuerklasse

Bezieht der
Beschäftigte Rente?

(z. B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Heimarbeiter)

1. Letzter Arbeitstag

4.3.67

2. Das Arbeitsverhältnis ist gelöst
gekündigt zum

nein

3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag

b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag

c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt
für wieviele Stunden gezahlt

oder in Höhe von DM

d) Zuständige Berufsgenossenschaft:

4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit
Entgelt weitergewährt?

4.3.67

Falls Sachbezüge weitergewährt werden:

nein

a) welche?

b) bis wann?

5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen
festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat
geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist?

ja

(Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)

6. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungs-
zeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit
(mindestens 4 Wochen)

vom 1.2.67

bis 28.2.67

7. Für diesen Zeitraum betrug

a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM

581,-- DM

b) der Nettolohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM

442,96 DM

c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoent-
gelt sind folgende Sachbezüge enthalten:

Art: Verpflegung Wert: DM

67,50 DM

8. Anzahl der Stunden

a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde

b) die der Beschäftigte unentschuldigt der
Arbeit ferngeblieben ist

c) Zusammen

9. Zahl der Stunden, die der Beschäftigte in den
letzten 3 abgerechneten Lohnabrechnungs-
zeiträumen von je 1 Monat (oder je 4 bzw.
5 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähig-
keit (Rahmenfrist) regelmäßig wöchentlich
gearbeitet hat

10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl
der regelmäßigen wöchentlichen Arbeits-
stunden

11. Arbeitet der Betrieb (Betriebsteil), in dem der
Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen
in der Woche?

vom Montag bis Freitag?

oder vom

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers
über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Gossner Mission 7. 3. 1967

Datum

IV/53125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

GOSSNER MISSION

6563 MAINZ-KASTEL

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
JOH. GOSSNER STR. 14

Diese Bescheinigung bitte aufbewahren und bei der Betriebsprüfung unaufgefordert mit vorlegen!

Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

<u>ist</u> war arbeitsunfähig - krank	vom	<u>4.3.67</u>	bis	<u>18.3.67</u>
<u>erhält</u> erhielt Krankengeld - Hausgeld	vom	<u>5.3.67</u>	bis	<u>18.3.67</u>
Das Krankengeld *) beträgt in vH. des Regellohnes	1) vom _____ bis <u>A</u>	2) vom _____ bis _____		
	vH. <u>65</u>	vH. _____		
	DM <u>12,59</u>	DM _____		

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage 7

Bei der Berechnung des Krankengeldes vom _____
ist davon ausgegangen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist **) bis _____

*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungsbetrag i. S. 8 I ArbKrankhG.

**) Falls der Betrieb zu einer davon abweichenden Fristberechnung gekommen ist oder der Auffassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeldzuschuß nicht besteht, wird um entsprechende Mitteilung gebeten.

Datum 20.3.67

Unterschrift W. Kostheim
Meldung an Zahlstelle
W. Kostheim

Berechnung des Arbeitgeberzuschusses (bei Arbeitern, deren Lohn nicht nach Monaten bemessen wird)

- Unverbindliches Muster -

- a) Brutto-Arbeitsentgelt im letzten abgerechneten Lohn-
abrechnungszeitraum ohne einmalige Zuwendungen
(Ziffer 7 der Entgeltbescheinigung) 581 DM
- b) abzüglich gesetzliche Abzüge 132,04 DM
- c) Netto-Arbeitsentgelt 342,96 DM
- d) Zahl der Stunden, für die das Entgelt gezahlt wurde,
und an denen der Beschäftigte unentschuldigt der
Arbeit ferngeblieben ist (Ziffer 8 c der Entgeltbe-
scheinigung) _____ Std.
- e) Netto-Arbeitsentgelt geteilt durch Stunden _____ DM
- f) Aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergeben sich
regelmäßig (Ziffer 9 der Entgeltbescheinigung)
wöchentlich _____ Std.
- f 1) für den Arbeitstag (1/6) _____ Std.
- f 2) für den Werktag (1/6) _____ Std.
- g) Netto-Arbeitsentgelt, je Arbeits- oder Werktag
g 1) für den Arbeitstag:
Stunden-Nettolohn - Buchst. e -
mal Stunden - Buchst. f 1) - 19,37 DM
- g 2) für den Werktag:
Stunden-Nettolohn - Buchst. e -
mal Stunden - Buchst. f 2) - _____ DM
- h) abzügl. Krankengeld je Arbeits- oder Werktag 12,59 DM
- i) ergibt den Arbeitgeberzuschuß je Arbeits- oder
Werktag 6,78 DM
- k) zu zahlen für Arbeits- oder Werktage
Berechnet _____ Tage

_____ , den _____ (Unterschrift)



Allgemeine Ortskrankenkasse Wiesbaden

Blücherstraße 12 - Schließfach 3125

Handwritten notes:
 2.4.65
 Fernruf
 Sammelnummer 40041
 Herr/Frau/Frl./Firma
 GOSSENER HAUS
 6503 WI KASTEL
 GENERAL MUDRA STR 1 3
 [Signature]

Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden

Postscheckkonto:
Frankfurt a. M., Nr. 88 93

Einziehungsauftrag

Konto-Nr.	Inst.	Konto Nr.	Tag	Mon.	Jahr
53125			1	00	65

Diese Rechnung wurde mit Lochkarten-
maschinen erstellt. Wir bitten um Ver-
ständnis für die durch das Verfahren
bedingten Abkürzungen und Vereinfachungen.

BEITRAGSRECHNUNG / KONTOAUSZUG

Buchungstext		Tag	Mon.	Jahr	Grd.	Beitr. Mon.	Soll		Haben	
Name des Versicherten		Gruppe	Stufe	Tage			DM	Pf	DM	Pf
vom	bis									
10165310165	PAR 318C	31	01	65	36		1284	20		
		16	02	65	31				481	00
		16	02	65	31				1114	28
10265		14			9		803	04		
10265		5			9		46	06		
10265		15			9		265	24		
10265		6			9			26		
260265		13			20				633	60
<p><i>Reinhold:</i> Beide mit Telefon-Rückfrage klären, warum es sich handelt (Lohn)</p>										
<p>Zur Beachtung! Die Beiträge sind innerhalb 3 Tagen kostenlos einzuzahlen oder zu überweisen (§ 49 der Satzung)</p>						Kontostand am:	2802	65	169	92
						Konto-Nr.	53125	Schuld	Guthaben	

Gossner Mission
Irrtum vorbehalten!

Bitte Rückseite beachten!

Zur Beachtung!

Bei Zahlungen bitte stets Kontonummer, Name, Wohnort und Straße angeben.
Wir bitten, bargeldlose Zahlung zu bevorzugen. Für Bank-Überweisungen stellen wir Einheits-Überweisungsvordrucke zur Verfügung.

Etwaige Unstimmigkeiten in der Beitragsrechnung und im Kontoauszug bitten wir uns innerhalb einer Woche mitzuteilen.

Notwendige Berichtigungen werden im folgenden Beitragsmonat berücksichtigt.

Schlüsselzahlen:

Betrifft: Spalte Gruppe Beitragsgruppen	Betrifft: Spalte Stufe Lohnstufe	Betrifft: Spalte Grund
01 - A 1	1	00 - Lohnstufenänderung
02 - A 2	2	01 - Gruppenänderung
03 - B 1	3	03 - sonstige Gründe
04 - B 2	4	04 - Abmeldung
05 - C 1	5	05 - Anmeldung
06 - C 2	6	06 - Beginn der Beitragsfreiheit
07 - D 1	7	07 - Ende der Beitragsfreiheit
08 - D 2	8	08 - Beginn und Ende der Beitragsfreiheit in einem Monat
09 - E 1	9	09 - Nachberechnung
10 - E 2	10	10 - Ordnungsbeiträge
11 - G 1	11	11 - Beitragsrückerstattungen - Krankenversicherung
12 - G 2	12	12 - Beitragsrückerstattungen - Rentenversicherung der Arbeiter
13 - K	13	13 - Beitragsrückerstattungen - Rentenversicherung der Angestellten
14 - L	14	14 - Beitragsrückerstattungen - Arbeitslosenversicherung
15 - M	15	15 - Gutschrift - Krankenversicherung
16 - N	16	16 - Gutschrift - Rentenversicherung der Arbeiter
17 - O	17	17 - Gutschrift - Rentenversicherung der Angestellten
18 - Arb. geb.	18	18 - Gutschrift - Arbeitslosenversicherung
Anteil K	19	19 - sonstige Beitragsrückerstattungen
19 - Arb. geb.	20	20 - sonstige Gutschriften
Anteil L	21	22 - berichtigte Beitragsnachweisung (§ 318c RVO)
	22	27 - Ordnungsstrafe
31 - A 3		28 - nicht eingelöste Schecks
32 - B 3		29 - sonstige Kosten der Zwangsvollstreckung
33 - C 3		30 - Barkasse
34 - D 3		31 - Postscheck
35 - E 3		32 - Bank
36 - G 3		33 - Zahlstelleneinziehung
		34 - Bankeinziehung
		35 - Verrechnung
		36 - Saldo
		40 - Mahngebühren
		41 - Pfändungsgebühren
		42 - Säumniszuschläge
		43 - Eingänge aus früher vom Soll abgesetzten Beiträgen
		44 - Beitragsrückzahlungen
		49 - Umbuchung

Abmeldungsabschnitt von AOK
für Heitmann herausgenommen
und Anne Heitman als Bestätigung,
dass sie dort verheiratet war, gemacht

21. Dec. 64

R. Scherade

Allgemeine Ortskrankenkasse
W i e s b a d e n

Wiesbaden, Datum des Poststempels

Betr.: Meldebestätigung

Sehr geehrter Arbeitgeber !

Als Anlage(n) erhalten Sie die Bestätigung(en)
der bei uns eingegangenen Meldung(en) zum
Verbleib bei Ihren Akten wieder zurück.

Hochachtungsvoll
Allgemeine Ortskrankenkasse
Wiesbaden

Anlage(n)

Bescheinigung

zur Vorlage bei der Alice-Eleonoren-Schule Darmstadt)

Hiermit bestätigen wir Fräulein Irmtraud Klein, geb 21.8.44, daß Sie während der Dauer des Schulbesuches bei unserer Kasse familienkrankenversichert ist und zwar bis 31. März 1966.

Frankfurt(M), den 31. März 1964



Bundesbahn-Betriebskrankenkasse
Bezirksleitung Frankfurt (Main)

Handwritten signature

20.6.1964

GH/W./01.

An die
Allgemeine Ortskrankenkasse

Wiesbaden
Blücherstraße.

Betr.: Konto Nr. 53 125

Soeben kommt beiliegende Mahnung mit der Post bei uns an, die wir Ihnen wieder zurückschicken.

Ende Mai war ich auf Ihrer Stelle wegen der Eingruppierung des Diakonen-Praktikanten Michael H o f e r . Nachdem uns durch kein Rundschreiben bekanntgegeben worden war, daß Diakonen-Praktikanten nicht mehr voll versicherungspflichtig sind und wir am 26.5.64 hörten, daß er in die Beitragsgruppe L einzustufen sei, wurde mir bei einer Rücksprache auf Ihrer Stelle gesagt, ich sollte den zuviel bezahlten Betrag für April bei der Beitragsabrechnung Mai absetzen. Wir haben dies getan und unter dem Datum vom 4.6. Ihnen ein Schreiben gesandt, aus dem ersichtlich ist, warum dieser Betrag von der Beitragsüberweisung abgezogen worden ist.

Wir können deshalb diese Mahnung nicht akzeptieren.


(Weissinger, Diakon)

Allgemeine Ortskrankenkasse
W i e s b a d e n

Wiesbaden, Datum des Poststempels

Betr.: Meldebestätigung

Sehr geehrter Arbeitgeber !

Als Anlage(n) erhalten Sie die Bestätigung(en)
der bei uns eingegangenen Meldung(en) zum
Verbleib bei Ihren Akten wieder zurück.

Hochachtungsvoll
Allgemeine Ortskrankenkasse
Wiesbaden

Anlage(n)

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE
WIESBADEN
POSTFACH 3125**

AOK

Gossner-Haus
.....
6503 WI-Kastel
.....
Joh.-Gossner-Str. 14
.....

Hauptgeschäftsstelle: 62 Wiesbaden, Blücherstraße 12
Fernruf: Sammelnummer 400 41

Ihr Zeichen — Ihr Schreiben vom 12. 5. 64 Unser Zeichen IV/Pe - Bitte in Ihrer Antwort angeben - Hausanschluß des Sachbearbeiters 61 Tag 20.5.64
Meldestelle Beitrags-Kto. 653125.....

Betr.: Anmeldung ^{an/}vom 16.2.64
Arbeitnehmer: 1) Mercedes Nevado, Kastel geb. 7.10.46
2) Maria Nevado, Kastel geb. 17.12.44
beschäftigt als Hausmädchen

Die Anmeldung ^{an/}für die Obengenannten ^{sind} am 19.2.64 bei unserer Kasse eingegangen. Wir bitten zu beachten, daß die von Ihnen angegebene Beitragsgruppe ^{A 1}..... für die Beitragsberechnung nicht zutreffend ist.

Aufgrund der von Ihnen angegebenen Berufsbezeichnung besteht nach den gesetzlichen Bestimmungen Versicherungspflicht zur
Krankenversicherung,
Arbeitslosenversicherung,
Rentenversicherung der Arbeiter,
~~Rentenversicherung der Angestellten~~

Die Beiträge sind nach Beitragsgruppe ^{A 2}..... zu berechnen und entsprechend in die monatlich fällige Beitragsnachweisung einzutragen.

Wir sind gerne bereit, Ihnen im Zweifelsfalle bei der Beitragsberechnung in jeder Weise behilflich zu sein.

Hochachtungsvoll
Im Auftrage:
Petri
(Petri)

Hauptgeschäftsstelle
62 Wiesbaden, Blücherstr. 12
Fernruf 400 41

Nebenstellen
Biebrich, Bierstadt, Dotzheim, Kastel,
Kostheim, Schierstein, Sonnenberg

Dienststunden
Montag bis Freitag 8-12.30 Uhr
samstags geschlossen

Postscheckkonto: Ffm. Nr. 88 93
Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden

4. Juni 64

An die
Allgem. Ortskrankenkasse

Wei/Schr

62 Wiesbaden

Betr.: Ihr Schr. v. 26.5.64 IV/53 125 / Em.

Auf Grund Ihres o.g. Schreibens und unseres heutigen Telefongesprächs erfolgte unsere Beitragsüberweisung in der Beitragsgruppe K/13 für Sieglinde Fischer und Irmaud Klein. Beide kommen von der Hauswirtschaftsschule in Darmstadt und sind bei uns als Praktikantinnen in der Küche tätig. Die Schule schließt ab mit der Prüfung als Wirtschaftlerin. Wir waren der Meinung, daß sie solange sie diese Prüfung noch nicht haben in der Invalidenversicherung rentenversichert werden. Oder gehören sie in die Gruppe L ?

Wenn in unserer Beitragsnachweisung unter D 2 für Herrn Jim Jackson keine Beiträge aufgeführt waren, so kam das dadurch, daß wir Herrn Jackson aus Versehen bei uns unter A 2 geführt haben. Sie haben recht, daß Herr Jackson unter D 2 gehört. Wir werden ihn bei der Beitragsnachweisung für Mai unter D 2 aufführen. Da der Beitrag sowohl für A2 und D 2 gleich ist, muß eine Umrechnung nicht erfolgen.


Weissinger, Diakon

4. Juni 64

An die
Allgem. Ortskrankenkasse

Wei/Schr

Wiesbaden

Betr.: Konto Nr. 53 125

Nach Ihrer Mitteilung ist der Diakonenpraktikant Michael Hofer in der Gruppe L einzureihen. Damit haben wir im April zuviel Beitrag für ihn überwiesen.

Überwiesen wurden	DM 66.94
Nach Beitragsgruppe L hätten überwiesen werden müssen	<u>DM 42.52</u>
unser Guthaben	DM 24.42.

Wir werden uns erlauben, von der Beitragsüberweisung Mai diesen Betrag abzusetzen unter Hinweis auf dieses Schreiben.


Weissinger, Diakon

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE
WIESBADEN
POSTFACH 3125**

AOK

Gossner-Mission

*6503 Mainz-Kastel
Johann-Gossner-Str. 14*

Hauptgeschäftsstelle: 62 Wiesbaden, Blücherstraße 12

Fernruf: Sammelnummer 400 41

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen

- Bitte in Ihrer Antwort angeben -

Hausanschluß

des Sachbearbeiters

Tag

IV/53 125/24.

57

26. Mai 1964

Betr.: Beitragsnachweisung vom _____ bis _____

Sehr geehrter Arbeitgeber !

Eine Überprüfung Ihrer obigen Beitragsnachweisung ergab folgende Beanstandungen:

Die in Beitragsgruppe K/13 nachgewiesenen Beiträge müssen in

Beitragsgruppe ?

gebucht werden, weil in dieser Gruppe keine Versicherter bei unserer Kasse gemeldet ist.
Wir bitten um Berichtigung

Wir bitten Sie hiervon Kenntnis zu nehmen. Sollten sich hieraus für Sie noch Unklarheiten ergeben, sind wir gerne bereit, diese mit Ihnen gemeinsam zu beheben.

Hochachtungsvoll

Im Auftrage:

Reich

bitte wenden!

Hauptgeschäftsstelle
62 Wiesbaden, Blücherstr. 12
Fernruf 400 41

Nebenstellen
Biebrich, Bierstadt, Dotzheim, Kastel,
Kostheim, Schierstein, Sonnenberg

Dienststunden
Montag bis Freitag 8-12.30 Uhr
samstags geschlossen

Postscheckkonto: Ffm. Nr. 88 93
Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden

Einstufungsübersicht der Beitragsgruppen

Arbeiter	Kranken-Versichg.	Arbeits-Versichg.	Rentenv. d. Arbeit.	Beitragsgruppe	Angestellte	Kranken-Versichg.	Arbeits-Versichg.	Rentenv. d. Angest.	Beitragsgruppe
1. Arbeiter, die gegen Entgelt beschäftigt werden, bei Entgelt bis 660.- DM monatlich [mtl.] (154.- DM wöchentlich [wchtl.])	ja	ja	ja	A	1. Angestellte (Jahresarbeitsverdienst [JAV] bis 7920.- DM, mtl. 660.- DM) Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden (Kinderzuschl. Wohnungsgeld usw.) bleiben hierbei außer Ansatz	ja	ja	ja	D
bei Entgelt über 660.- DM mtl. (154.- DM wchtl.) bis 750.- DM mtl. (175.- DM wchtl.)	ja	ja	ja	C u. N	Bei Überschreitung der Beitrags-Bemessungsgrenze d. Krankenversicherung (660.- DM mtl.) ohne daß die Krankenversicherungspflicht entfällt, bei Entgelt über 660.- DM mtl. bis 750.- DM mtl.	ja	ja	ja	C u. O
bei Entgelt über 750.- DM mtl. (175.- DM wchtl.)	ja	ja	ja	C u. K u. M	bei Entgelt über 750.- DM mtl.	ja	ja	ja	C u. L u. M
2. Arbeiter, nach Vollendg. d. 65. Lebensjahres ohne Altersruhegeld (mit Beginn des Monats, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden) bei Entgelt bis 660.- DM mtl. (154.- DM wchtl.)	ja	nein	ja	B	2. Angestellte (krankenvers. frei) bei Entgelt ü. 660.- DM mtl. bis 750.- DM mtl.	nein	ja	ja	O
bei Entgelt über 660.- DM mtl. (154.- DM wchtl.)	ja	nein	ja	C u. K	üb. 750.- DM mtl. bis 1250.- DM mtl.	nein	ja	ja	L u. M
3. Beschäftigte, die ein Altersruhegeld aus der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten oder der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen, ab Rentenbeginn	ja	nein	Arbeitsgeberanteil	C u. K (7%)	3. Beschäftigte nach Vollendg. d. 65. Lebensjahres ohne Altersruhegeld (mit Beginn des Monats, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden) bis 7920.- DM JAV	ja	nein	ja	E
4. Beschäftigte, die eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit erhalten, bei Entgelt bis 660.- DM mtl. (154.- DM wchtl.)	ja	nein	ja	B	üb. 7920.- DM bis 15000.- DM JAV	nein	nein	ja	L
bei Entgelt über 660.- DM mtl. (154.- DM wchtl.)	ja	nein	ja	C u. K	falls Voraussetzungen wie unter 1, Abs. 2 vorliegen.	ja	nein	ja	C u. L
5. Beschäftigte (bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres) mit Witwenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten bei Entgelt bis 660.- DM mtl. (154.- DM wchtl.)	ja	ja	ja	A	4. Beschäftigte, die ein Altersruhegeld aus der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten od. der knappschaftlichen Rentenversicherung, beziehen, ab Rentenbeg. (bis 7920.- DM JAV)	ja	nein	Arbeitsgeberanteil	C u. L (7%)
bei Entgelt über 660.- DM mtl. (154.- DM wchtl.) bis 750.- DM mtl. (175.- DM wchtl.)	ja	ja	ja	C u. N	über 7920.- DM bis 15000.- DM JAV ab Rentenbeginn	nein	nein	..	L (7%)
bei Entgelt über 750.- DM mtl. (175.- DM wchtl.)	ja	ja	ja	C u. K u. M	5. Beschäftigte, die eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit erhalten	ja	nein	ja	E
6. Geringfügig Beschäftigte, bis zu 24 Std. wchtl., z. B. Putzfrauen, Halbtagskräfte usw. (gilt nicht bei Kurzarbeit und nicht für Lehrlinge und Anlernlinge)	ja	nein	ja	B	6. Beschäftigte (bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres) mit Witwenrente aus der Rentenvers. der Arb. od. der Rentenvers. der Angest. bis 7920.- DM JAV	ja	ja	ja	D
7. Lehrlinge mit oder ohne Entgelt und schriftlichem Lehrvertrag von mindest. zweijähriger Dauer	ja	nein	ja	B	üb. 7920.- DM bis 9000.- DM JAV	nein	ja	ja	O
während der letzten 12 Monate des Ausbildungsverhältnisses	ja	ja	ja	A	üb. 9000.- DM bis 15000.- DM JAV	nein	ja	ja	L u. M
8. Anlernlinge mit schriftlichem Vertrag von mindestens achtzehnmonat. Dauer	ja	nein	ja	B	7. Halbtagskräfte, geringfügig Beschäftigte, bis zu 24 Std. wchtl. (gilt nicht bei Kurzarbeit und nicht für Lehrlinge und Anlernlinge)	ja	nein	ja	E
Anlernlinge während der letzten 12 Mon. des Ausbildungsverhältnisses	ja	ja	ja	A	8. Lehrlinge mit oder ohne Entgelt und schriftlichem Lehrvertrag v. mindestens zweijähriger Dauer	ja	nein	ja	E
9. Hausgehilfen (auch in der Land- und Forstwirtschaft)	ja	ja	ja	A	während der letzten 12 Monate des Ausbildungsverhältnisses	ja	ja	ja	D
10. Beschäftigte bei Eltern oder Kindern	ja	nein	ja	B	9. Anlernlinge mit schriftlichem Vertrag von mindestens achtzehnmonatlicher Dauer	ja	nein	ja	E
					Anlernlinge während der letzten 12 Monate des Ausbildungsverhältnisses	ja	ja	ja	D
					10. Beschäftigte bei Eltern oder Kindern (JAV bis 7920.- DM, mtl. 660.- DM)	ja	nein	ja	E
					über 660.- DM mtl.	nein	nein	ja	L

Bitte besonders beachten! Für Versicherte mit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes (Gehalt) bei Arbeitsunfähigkeit sind die Beiträge zur Krankenversicherung entsprechend gekürzt. Die betreffenden Beitragsgruppen sind in diesem Falle bei Fortzahlung des Entgeltes für mindestens 2 Wochen bis unter 18 Wochen mit einer - 2 - (z. B. D₂) bei Fortzahlung des Entgeltes für mindestens 18 Wochen mit einer - 3 - (z. B. D₃) versehen.

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE
WIESBADEN
POSTFACH 3125**

AOK E2.

AOK

410

Gossner Haus
.....
.....
6503 Mainz-Kastel
.....
.....

Hauptgeschäftsstelle: 62 Wiesbaden, Blücherstraße 12
Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen Ihr Schreiben vom Unser Zeichen IV/Pe Hausanschluß 61 Tag 26.5.64
- Bitte in Ihrer Antwort angeben - des Sachbearbeiters

Meldestelle
Beitrags-Kto. 53125

Betr.: Anmeldung vom 1.4.64

Arbeitnehmer: Michael Höfer, Kastel geb. 6.9.39

beschäftigt als Diakon-Praktikant

Die Anmeldung für den Obengenannten ist am 30.4.64 bei unserer Kasse eingegangen. Wir bitten zu beachten, daß die von Ihnen angegebene Beitragsgruppe B.2 für die Beitragsberechnung nicht zutreffend ist.

Aufgrund der von Ihnen angegebenen Berufsbezeichnung besteht nach den gesetzlichen Bestimmungen Versicherungspflicht zur

- ~~Krankenversicherung,~~
- ~~Arbeitslosenversicherung,~~
- ~~Rentenversicherung der Arbeitnehmer,~~
- Rentenversicherung der Angestellten,

Die Beiträge sind nach
Beitragsgruppe D L!

zu berechnen und entsprechend in die monatlich fällige Beitragsnachweisung einzutragen.

Wir sind gerne bereit, Ihnen im Zweifelsfalle bei der Beitragsberechnung in jeder Weise behilflich zu sein.

Hochachtungsvoll

Im Auftrage:

Petri
(Petri)

Postscheckkonto: Ffm. Nr. 88 93
Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden

Hauptgeschäftsstelle
62 Wiesbaden, Blücherstr. 12
Fernruf 40041

Nebenstellen
Biebrich, Bierstadt, Dotzheim, Kastel,
Kostheim, Schierstein, Sonnenberg

Dienststunden
Montag bis Freitag 8-12.30 Uhr
samstags geschlossen

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE
WIESBADEN
POSTFACH 3125**

AOK

Gossner Mission
.....
.....
6503 MZ-Kastel
.....
.....

Hauptgeschäftsstelle: Wiesbaden, Blücherstraße 12
Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unser Zeichen - Bitte in Ihrer Antwort angeben - IV/Pe	Hausanschluß des Sachbearbeiters 61	Tag 20.1.64
		Meldestelle Beitrags-Kto. 53125		

Betr.: Anmeldung vom 7.1.64
Arbeitnehmer: Sisij Kerbiriou, Mz.-Kastel geb. 13.5.41
beschäftigt als Hausmädchen
Fortzahlung des vollen Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit 14 Tage

Die Anmeldung für den Obengenannten ist am 11.1.64 bei unserer Kasse eingegangen. Wir bitten zu beachten, daß die von Ihnen angegebene Beitragsgruppe ^{A 1} für die Beitragsberechnung nicht zutreffend ist.

Aufgrund der von Ihnen angegebenen Berufsbezeichnung besteht nach den gesetzlichen Bestimmungen Versicherungspflicht zur
Krankenversicherung,
Arbeitslosenversicherung,
Rentenversicherung der Arbeiter,
~~Rentenversicherung der Angestellten~~

Die Beiträge sind nach
Beitragsgruppe ^{A 2}
zu berechnen und entsprechend in die monatlich fällige Beitragsnachweisung einzutragen.

Wir sind gerne bereit, Ihnen im Zweifelsfalle bei der Beitragsberechnung in jeder Weise behilflich zu sein.

Hochachtungsvoll
Im Auftrage:
[Handwritten Signature]



30.12.1963

An die
Allg. Ortskrankenkasse
W i e s b a d e n

Betr.: Beitragskonto 53 125

In Ergänzung zu unserem Schreiben vom 4.12.1963 teilen wir Ihnen mit, dass es sich bei dem in der Novemberüberweisung abgezogenen Betrag von 113.98 DM um die Verschiebung der Beiträge am 1. Oktober handelt. Die Beiträge für den Monat Oktober sind überwiesen worden wie im September. Am 1. Oktober waren aber die beiden Praktikantinnen Nossem und Jäger ausgeschieden und nur die Praktikantin Grein eingestellt worden. Ausserdem ist Hildegard Freund am 20.11. ausgeschieden. Wir hatten also im Oktober die beiden Beiträge für Nossem und Jäger zuviel überwiesen. Ich hoffe, dass damit Klarheit in die Angelegenheit gekommen ist.


Weissinger, Heimleiter

4.12.1963

GH/W./01.

An die
Allg. Ortskrankenkasse
W i e s b a d e n

Betr.: Beitragskonto 53 125

Bei der Beitragsüberweisung Anfang November für den Monat Oktober 1963 ist Ihnen ein Betrag von DM 113.98 zuviel überwiesen worden. Das hing damit zusammen, daß uns am 30.9. 3 Praktikantinnen verlassen hatten und am 1.10. eine neue Praktikantin eingetreten ist. In unserer Buchhaltung wurde aber der gleiche Betrag wie in den Monaten vorher überwiesen worden.

Wir haben uns deshalb erlaubt, den zuviel bezahlten Betrag in Höhe von 113.98 DM in der Beitragsüberweisung für November abzusetzen.

Wir mir heute telefonisch gesagt wurde, wäre das für Sie der einfachste Weg.


(Weissinger, Heimleiter)

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE
WIESBADEN
POSTFACH 3125**

AOK

Herrn
Gossner-Haus
Mr. Mastel
Eleonorestr. 64

Hauptgeschäftsstelle: Wiesbaden, Blücherstraße 12

Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen Ihr Schreiben vom Unser Zeichen
- Bitte in Ihrer Antwort angeben Hausanschluß Tag
des Sachbearbeiters

Konto-Nr. 56 28. 11. 63
II 153125

Betr.: Verzeichnis der versicherungspflichtigen Beschäftigten

Sehr geehrter Arbeitgeber!

Stichtag: 1. Okt. 1963

Das Mitgliederverzeichnis für die Beitragsberechnung wird aufgrund der Anmeldungen sowie der Veränderungsanzeigen des Arbeitgebers mit Lochkarten erstellt und ergänzt.

Damit eine Übereinstimmung zwischen den zu unserer Kasse gemeldeten Versicherten und Ihren Lohn- bzw. Gehaltsunterlagen besteht, übersenden wir Ihnen beiliegend ein Verzeichnis der versicherungspflichtigen Beschäftigten in doppelter Ausfertigung. Die Richtigkeit unserer Aufzeichnungen oder etwaige Abweichungen von den tatsächlichen Verhältnissen bitten wir in der jeweiligen Korrekturzeile (Berichtigung) zu vermerken und die Zweitschrift zwecks Ergänzung unseres Mitgliederverzeichnisses alsbald wieder zurückzusenden.

Erläuterungen zu den im Verzeichnis angegebenen Schlüsselzahlen finden Sie auf der Rückseite.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühewaltung und begrüßen Sie

hochachtungsvoll

Im Auftrage:

Wörner

Wörner, W.

Anlagen

Hauptgeschäftsstelle
Wiesbaden, Blücherstr. 12
Fernruf 40041

Nebenstellen
Biebrich, Bierstadt, Dotzheim, Kastel,
Kosthelm, Schierstein, Sonnenberg

Dienststunden
Montag bis Freitag 8 - 12.30 Uhr
samstags geschlossen

Postcheckkonto: Ffm. Nr. 88 93
Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden

Die im Verzeichnis angegebenen Schlüsselzahlen bedeuten:

Spalte 4:

Beitragsgruppe

01 - A1	11 - G1	31 - A3
02 - A2	12 - G2	32 - B3
03 - B1	13 - K	33 - C3
04 - B2	14 - L	34 - D3
05 - C1	15 - M	35 - E3
06 - C2	16 - N	36 - G3
07 - D1	17 - O	
08 - D2	18 - Arbeitgeberanteil	
09 - E1	Rentenversicherung der Arbeiter	
10 - E2	19 - Arbeitgeberanteil	
	Rentenversicherung der Angestellten	

Spalte 5:

Grund der Befreiung
von der Arbeitslosenversicherung

- 1 - Land- und Forstwirtschaft
- 2 - Lehrlinge
- 3 - Geringfügige Beschäftigung
- 4 - Praktikant, Abkömmling
- 5 - Rentner oder über 65 Jahre
- 6 - Vermittlungsunfähig

Spalte 7: Änderungstag oder Austrittstag

Spalte 8:

Grund der Veränderung

- 1 - Gruppenänderung
- 2 - Namensänderung
- 3 - Sonstige Gründe
- 4 - Abmeldung

Spalte 9:

- 1 - Im Entgelt sind Sachbezüge enthalten

Spalte 10:

Ende der Befreiung von der
Arbeitslosenversicherung
(z.B. Lehrlinge mit Lehrvertrag)

8.5. Telefon. Mitteilung AOK:

Der ^{SV-}Tarif für die Praktikantinnen ist, sofern sie unter 18 Monaten ^{hier} beschäftigt sind, [A2] (nicht B2).

Für Spisete Nachberechnung + Nachzahlung Mai
 " Normu + Pfypke + Spisete Nachberech. April.

Neues Bankto.
368,43
364,78
<u>3,65</u>

SV - Nachber.

40,38	364,78	40,65	364,78	40,93	364,78
37,83	2,55	37,83	2,82	37,83	3,10
<u>2,55</u>	<u>367,33</u>	2,82	<u>367,60</u>	<u>3,10</u>	<u>367,88</u>

LSt - Nachber.

367,88	25,-	LSt
<u>- 65</u>	2,50	KSt
<u>368,43</u>		

Aus Psalm 8

Herr unser Herrscher, wie herrlich ist dein Name in allen Landen!
Deine Herrlichkeit wird gepriesen im Himmel.
Aus dem Munde von kleinen Kindern und Säuglingen hast du ein Bollwerk
errichtet
Zu dämpfen den Widersacher und den Rachsüchtigen.
Wenn ich den Himmel schaue, das Werk deiner Finger,
den Mond und die Sterne, die du gesetzt hast:
Was ist der Mensch, daß du seiner gedenkst
Und das Menschenkind, daß du dich seiner annimmst?
Du hast ihn fast so groß gemacht wie einen Gott,
Mit Ehre und Herrlichkeit hast du ihn gekrönt;
Du hast ihn zum Herrn gemacht über das Werk deiner Hände:
Alles hast du unter seine Füße getan,
Schafe und Rinder allzumal, dazu die Tiere des Feldes, die Vögel am
Himmel, die Fische im Meer und was durch die Flut geht.
Herr unser Herrscher, wie herrlich ist dein Name in allen Landen!

1. April 1963

GH./Kr./Z.

An die
Allgemeine Ortskrankenkasse

W i e s b a d e n
Blücherstraße 12

Betr.: Abmeldungen

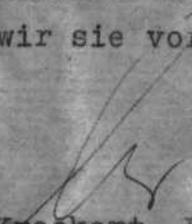
Die Arbeitnehmer

Gerhard N e r z (Gruppe L)
Elke B o l l e n (Gruppe B 2)
Rosemarie M a i n u s c h (Gruppe B 2)

sind zum 31. März 1963 aus unserem Betrieb ausgeschieden
und werden hiermit abgemeldet.

Die Arbeitnehmerin

Gunhild E r l e r scheidet zum 30. April aus. Es ist
noch eine Beitragszahlung (Gruppe B 2) zu vollziehen. Da
sie noch Urlaub zu beanspruchen hat und den Betrieb be-
reits verlassen hat, melden wir sie vorsorglich bereits
jetzt schon ab.


(Krockert, Pfarrer)

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE
WIESBADEN
POSTFACH 3125**

AOK

..... An das
 Gossner-Haus *früher E 2*
 Wiesbaden-Kastel *ab Fol. D 2*
 Eleonorenstr.

Hauptgeschäftsstelle: Wiesbaden, Blücherstraße 12
 Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen Ihr Schreiben vom Unser Zeichen Hausanschluß Tag
 - Bitte in Ihrer Antwort angeben - des Sachbearbeiters

Meldestelle 10. Januar 1962
 Beitrags-Kto. 53125.....

Betr.: Anmeldung vom 1.1.1962.....
 Arbeitnehmer: Grunhild Erler geb. 11.6.1934.....
 beschäftigt als Missionarin.....

Die Anmeldung für den Obengenannten ist am 9.1.1962... bei unserer Kasse eingegangen. Wir bitten zu beachten, daß die von Ihnen angegebene Beitragsgruppe ...B.1..... für die Beitragsberechnung nicht zutreffend ist.

Aufgrund der von Ihnen angegebenen Berufsbezeichnung besteht nach den gesetzlichen Bestimmungen Versicherungspflicht zur
 Krankenversicherung,
 (Arbeitslosenversicherung, ruht ab 1.8.1961 bis 31.1.1962)
~~Rentenversicherung der Arbeiter,~~
 Rentenversicherung der Angestellten,

Die Beiträge sind nach
 Beitragsgruppe D 2 (E 2 in der Tabelle abzulesen)
 zu berechnen und entsprechend in die monatlich fällige Beitragsnachweisung einzutragen.

Wir sind gerne bereit, Ihnen im Zweifelsfalle bei der Beitragsberechnung in jeder Weise behilflich zu sein.

Hochachtungsvoll

Im Auftrage:
Maas
 (Maas)

Hauptgeschäftsstelle
 Wiesbaden, Blücherstr. 12
 Fernruf 40041

Nebenstellen
 Biebrich, Bierstadt, Dotzheim, Kastel,
 Kostheim, Schierstein, Sonnenberg

Dienststunden
 Montag bis Freitag 8 - 12.30 Uhr
 samstags geschlossen

Postscheckkonto: Ffm. Nr. 8893
 Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden



Allgemeine Ortskrankenkasse
W i e s b a d e n
Postfach 3 1 2 5

Wiesbaden, Datum des Poststempels
Fernruf: 40 041

Betr.: Änderung der Sachbezugswerte ab 1. Januar 1962

Sehr geehrter Arbeitgeber !

Durch die Verordnung der Hessischen Landesregierung über die Bewertung der Sachbezüge für die Sozialversicherung für das Jahr 1962 wurde der Wert der Sachbezüge mit Wirkung vom 1.1.1962 neu festgesetzt.

Ab 1. Januar 1962 gelten für die Sachbezugswerte für freie Kost und Wohnung folgende Sätze:

Stufe	Bezeichnung		Bewertungsgruppe	
			I DM	II DM
1	Beschäftigte in leitender oder gehobener Stellung	monatlich	150,--	135,--
		wöchentlich	35,--	31,50
		täglich	5,--	4,50
2	Alle übrigen Beschäftigten mit Ausnahme der Lehrlinge	monatlich	120,--	108,--
		wöchentlich	28,--	25,20
		täglich	4,--	3,60
3	Lehrlinge	monatlich	96,--	96,--
		wöchentlich	22,40	22,40
		täglich	3,20	3,20

Bei teilweiser Gewährung von freier Kost und Wohnung sind anzusetzen:

1. Wohnung (ohne Heizung und Beleuchtung)	mit	3/20
2. Heizung und Beleuchtung	mit	1/20
3. Erstes und zweites Frühstück	mit je	1/10
4. Mittagessen	mit	3/10
5. Nachmittagskaffee	mit	1/10
6. Abendessen	mit	2/10

der vorbezeichneten Sätze.

Zu der Bewertungsgruppe I gehören die Gemeinden mit 5000 und mehr Einwohnern, zu der Bewertungsgruppe II Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern (Auringen, Medenbach, Naurod und Wildsachsen).

Die Werte der Deputate in der Land- und Forstwirtschaft sind ab 1.1.1962 ebenfalls neu festgesetzt. Bei Bedarf werden die neuen Tabellen über die Werte der Deputate bei der Meldestelle in unserer Hauptgeschäftsstelle ausgegeben.

Für Arbeitgeber, die neben dem Barlohn auch Sachbezüge gewähren, sind die ab 1.1.1962 gültigen Sachbezugswerte bzw. die Werte der Deputate in der Beitragsnachweisung für Monat Januar 1962 zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrage:

Ewert
(Ewert)

Wert der Sachbezüge ab 1. Januar 1961

(Bewertungsgruppe I)

Stufe	1			2			3		
	tgl.	wchtl.	mtl.	tgl.	wchtl.	mtl.	tgl.	wchtl.	mtl.
	Für Beschäftigte in leitender oder gehobener Stellung (z.B. Ärzte, Apotheker, Hausdamen, Werkmeister, Gutsinspektoren)			Für alle übrigen Beschäftigten mit Ausnahme der Lehrlinge			Für Lehrlinge einheitlich		
Freie Station	4,50	31,50	135,--	3,50	24,50	105,--	2,70	18,90	81,--
Volle Kost	3,60	25,20	108,--	2,80	19,60	84,--	2,16	15,12	64,80
Wohnung	-,90	6,30	27,--	-,70	4,90	21,--	-,54	3,78	16,20
Im einzelnen setzen sich diese Beträge wie folgt zusammen:									
Wohnung ohne Heizung und Beleuchtung	-,68	4,73	20,25	-,53	3,68	15,75	-,41	2,84	12,15
Heizung und Beleuchtung	-,22	1,57	6,75	-,18	1,23	5,25	-,13	-,94	4,05
1. Frühstück	-,45	3,15	13,50	-,35	2,45	10,50	-,27	1,89	8,10
2. Frühstück	-,45	3,15	13,50	-,35	2,45	10,50	-,27	1,89	8,10
Mittagessen	1,35	9,45	40,50	1,05	7,35	31,50	-,81	5,67	24,30
Nachm. Kaffee	-,45	3,15	13,50	-,35	2,45	10,50	-,27	1,89	8,10
Abendessen	-,90	6,30	27,--	-,70	4,90	21,--	-,54	3,78	16,20

In die Bewertungsgruppe I fallen die Städte Frankfurt/M., Darmstadt, Kassel, Offenbach/M., Wiesbaden.

Für die selbständigen Gemeinden unseres Kassenbezirkes (Auringen, Medenbach, Naurod und Wildsachsen) gilt die nachstehende Bewertungsgruppe III

Stufe	Bezeichnung	monatlich	wöchentlich	täglich
1	Für Beschäftigte in leitender oder gehobener Stellung	120,--	28,--	4,--
2	Für alle übrigen Beschäftigten mit Ausnahme der Lehrlinge	96,--	22,40	3,20
3	Für Lehrlinge einheitlich	81,--	18,90	2,70

Wird die freie Station nicht nur dem Arbeitnehmer allein, sondern auch seinen Familienangehörigen gewährt, so erhöht sich der Wert der Sachbezüge

- 1. für die Ehefrau um 80 v. H.
- 2. für jedes Kind bis zum 6. Lebensjahr um 30 v. H.
- 3. für jedes Kind im Alter von mehr als 6 Jahren um 40 v. H.

Die Werte der Deputate in der Land- und Forstwirtschaft sowie der anderen Sachbezüge erfahren gegenüber der Bekanntmachung vom 1.7.1957 (außer einer neuen Aufteilung für Brennholz) keine Veränderung.

Gültige Tabellen über die Werte der Deputate sind bei Abt. IV/Meldestelle erhältlich.



Barmer Ersatzkasse

Datum des Poststempels

An die
Gossner Mission
-Personalabteilung-

6503 Mainz - Kastel
Eleonorenstr. 64

Sehr geehrte Firma!

Die umseitige „Veränderungsanzeige“ soll Ihnen die Möglichkeit geben, gleichzeitig für mehrere bei Ihnen beschäftigte Mitglieder, die das Versicherungsverhältnis berührenden Veränderungen zu melden. Das gilt insbesondere für Änderungen des Arbeitsverdienstes. Zu einzelnen Spalten finden Sie nachstehend Erläuterungen. Bei etwaigen Unklarheiten beraten wir Sie gern.

Wir danken für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichem Gruß

BARMER ERSATZKASSE

Mainz-Kastel

Erläuterungen:

- 1) Bei Meldung über Eintritt (E) bitte unter „Bemerkungen“ die Art der Tätigkeit (Büroangestellter u. ä.) angeben. Bei Austritten (A) Angaben über neuen Wohnsitz und Arbeitgeber erbeten.
Die Abmeldung durch den Arbeitgeber beendet nicht die Mitgliedschaft. Dazu wäre eine schriftliche Willenserklärung des Mitgliedes erforderlich.
- 2) Zum Bruttogehalt gehören insbesondere Grundgehalt, Wohnungsgeld, Zulagen mit Rücksicht auf den Familienstand (soziale Zulagen), soweit sie nicht steuerfrei nach dem Kindergeldgesetz sind, vom Arbeitgeber übernommene gesetzliche Arbeitnehmer-Beitragsanteile zur Sozialversicherung, übernommene Lohnsteuer usw.
- 3) Ausfüllung nur erbeten, wenn der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst DM 7920,- (monatlich DM 660,-) übersteigt. Soziale Zulagen = Zulagen, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden.
- 4) Sachbezüge (Wohnung, Verpflegung, Naturalien), Gewinnanteile, Provisionen, Verkaufsprämien u. dgl., Mehrarbeitsvergütungen (einschl. Zuschläge), Vergütungen für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit (ohne gesetzliche oder tarifliche Zuschläge), steuerpflichtige Fahrtkostenerstattungen, Sonderzuwendungen (z. B. Weihnachts- und Neujahrgeld - in tatsächlicher Höhe angeben! -, 13. (14.) Monatsgehalt, Urlaubsbeihilfen, Urlaubsabgeltungen, Abschlußvergütungen), steuerpfl. Ausgaben des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung des Arbeitnehmers usw.
Die Art der Zuwendung bitte in Spalte „Bemerkungen“ kennzeichnen.



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Juni 19 65

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk. Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Rhein-Main-Bank Mz.-Kastel Nr. 81275

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle: --

Die Beitragsrechnung wurde am 3.6.1965 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 30.6.1965, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	22	147,20			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	17	113,75			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			55,00	
		260,95 ✓		55,00	<u>DM 315,95</u> ✓





Barmer Ersatzkasse

DIE GESCHÄFTSFÜHRUNG

Wuppertal-Barmen, im Juli 1964

Sehr geehrtes Mitglied!

Die Vertreterversammlung der Kasse hat am 5. Mai 1964 einen 26. Nachtrag zu den Versicherungsbedingungen beschlossen, mit dem u. a. die Beiträge für die nichtversicherungspflichtigen Mitglieder erhöht wurden. Zu dieser Maßnahme sahen sich die Selbstverwaltungsorgane veranlaßt, weil die erst im Vorjahre erfolgte Angleichung der Beiträge an die Ausgabenentwicklung infolge der anhaltenden Kostensteigerungen auf den verschiedensten Leistungsgebieten (Erhöhung der Arzt- und Zahnarzthonorare, gestiegene Pflegekostensätze der Krankenhäuser usw.) ihre Wirksamkeit schon wieder verloren hat.

Diese Entwicklung ist um so bedauerlicher, als sie von der Kasse nur unwesentlich beeinflußt werden kann. Sie wirkte sich in den Gruppen B bis D im Hinblick auf den hohen Anteil anspruchsberechtigter Angehöriger (auf 100 Mitglieder entfielen 112 Angehörige) besonders nachteilig aus. So mußte die Kasse im Jahre 1963 für 100 nichtversicherungspflichtige Mitglieder und deren Angehörige DM 49983,24 für Leistungen aufwenden; dem stand aber nur eine durchschnittliche Beitragseinnahme von DM 47426,— gegenüber. Das sich daraus ergebende Defizit erhöht sich noch um die anteiligen Verwaltungskosten. Diese Zahlen erlauben allerdings erst ein abschließendes Urteil unter Berücksichtigung der Tatsache, daß sich das Verhältnis zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben inzwischen weiter verschlechtert hat und auch für die folgenden Monate mit schon heute erkennbaren zusätzlichen Belastungen gerechnet werden muß.

Bei den versicherungspflichtigen Mitgliedern (Gruppe A) liegen die Verhältnisse insofern günstiger, als der Anteil der Angehörigen wesentlich kleiner ist (auf 100 Mitglieder entfielen nur 18,9 Angehörige). Außerdem richtet sich die Höhe der Beiträge bei diesem Personenkreis nach dem Einkommen, so daß jede Gehaltsaufbesserung automatisch auch die Zahlung höherer Beiträge zur Folge hat. Unter diesen Umständen vollzieht sich weitgehend eine Anpassung des Beitragsaufkommens an die Ausgabenentwicklung, ohne daß es dazu einer Änderung der Versicherungsbedingungen bedarf.

Davon ausgehend, daß ein Abbau der Mehrleistungen keineswegs im Interesse unserer Mitglieder gelegen hätte, blieb den Selbstverwaltungsorganen keine andere Wahl, als das finanzielle Gleichgewicht durch eine Beitragserhöhung wiederherzustellen. Bitte haben Sie Verständnis dafür.

Die Höhe des von Ihnen erstmalig für den Monat August zu zahlenden Beitrages ergibt sich aus der auf der Rückseite dieses Schreibens abgedruckten Tabelle.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

BARMER ERSATZKASSE

Die Geschäftsführung

Jürgen Hinrichsen

Monatlicher Beitrag

GRUPPE B

Gültig ab 1. August 1964

(Angestellte, die wegen der Höhe ihres Arbeitsverdienstes nicht mehr krankenversicherungspflichtig sind)

Ohne Leistungen aus der Familienhilfe		Mit Leistungen aus der Familienhilfe		Einstufungsgrundsätze
Klasse	Beitrag DM*)	Klasse	Beitrag DM*)	
30	35,—	30 F	50,—	Den Mitgliedern steht die Wahl der Klasse frei. Ein freiwilliger Klassenwechsel innerhalb der Gruppe B bedarf der Zustimmung der Kasse. Bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Geschäftsgebietes von mehr als 6 Wochen ist die Umstufung in eine der Klassen 30/30 F erforderlich. Davon abweichend können Mitglieder der Klassen 31/31 F und 32/32 F, die sich wegen einer beruflich notwendigen Tätigkeit im Auftrage eines im Bundesgebiet einschließlich des Landes Berlin ansässigen Arbeitgebers außerhalb des Geschäftsgebietes der Kasse befinden, diesen Klassen weiter angehören.
31	38,—	31 F	53,—	
32	40,—	32 F	55,—	

*) Für freiwillig versicherte Angestellte, die versicherungspflichtig zur Renten- und Arbeitslosenversicherung sind, müssen die Beiträge zu diesen Versicherungszweigen durch den Arbeitgeber an die zuständige Pflichtkrankenkasse (Orts-, Land-, Betriebs-, Innungskrankenkasse) abgeführt werden.

GRUPPE C

(Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder, soweit sie nicht der Gruppe B angehören)

Ohne Leistungen aus der Familienhilfe		Mit Leistungen aus der Familienhilfe		Einstufungsgrundsätze
Klasse	Beitrag DM	Klasse	Beitrag DM	
40	35,—	40 F	50,—	Soweit in den Versicherungsbedingungen nichts Einschränkendes bestimmt ist, steht den Mitgliedern die Wahl der Klasse frei. Ein freiwilliger Klassenwechsel innerhalb der Gruppe C sowie ein freiwilliger Übertritt aus der Gruppe D in die Gruppe C bedarf der Zustimmung der Kasse. Bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Geschäftsgebietes von mehr als 6 Wochen ist für die Mitglieder der Klassen 41/41 F bis 43/43 F die Umstufung in eine der Klassen 40/40 F erforderlich. Für alle Mitglieder Nur für Mitglieder, die ihren Lebensunterhalt durch Einkünfte aus Erwerbstätigkeit bestreiten. Nur für nichtberufstätige Ehefrauen. Nur für Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Angehörige des Bundesgrenzschutzes und Beamte der Polizei (kein Anspruch auf Versichertenkrankenhilfe).
41	40,—	41 F	55,—	
42	42,—	42 F	57,—	
43	32,—	43 F	47,—	
SL	5,—	S	26,—	

GRUPPE D

(Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder bei Erfüllung der nachstehenden Voraussetzungen)

Ohne Leistungen aus der Familienhilfe		Mit Leistungen aus der Familienhilfe		Einstufungsgrundsätze
Klasse	Beitrag DM	Klasse	Beitrag DM	
50	12,—	50 F	20,—	Ein freiwilliger Klassenwechsel innerhalb der Gruppe D bedarf der Zustimmung der Kasse. Bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Geschäftsgebietes von mehr als 6 Wochen ist für die Mitglieder der Klassen 51/51 F bis 53/53 F die Umstufung in eine der Klassen 40/40 F der Gruppe C erforderlich. Nur für Schüler und Studenten Bei einwandfrei nachgewiesenem monatlichen Gesamteinkommen bis DM 300,— bis DM 450,— bis DM 600,— Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder (z. B. Beamte), Arbeitslose (bis zu 1 Jahr), Rentner, Pensionäre und ähnliche Personen sowie unter bestimmten Voraussetzungen für überlebende, geschiedene und (bei Verzug des Mitgliedes ins Ausland) im Inland verbliebene Ehegatten, die sich nach § 2 Abs. 2 der Vers.-Bed. versichern. Von einer Versicherung in den Klassen 51/51 F bis 53/53 F sind also ausgeschlossen sonstige Berufslose aller Art sowie Selbständige, Angehörige freier Berufe und mithelfende Familienangehörige. Nur für Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, Angehörige des Bundesgrenzschutzes und Beamte der Polizei mit einwandfrei nachgewiesenem monatlichen Gesamteinkommen bis DM 600,— (kein Anspruch auf Versichertenkrankenhilfe).
51	17,—	51 F	27,—	
52	21,—	52 F	31,—	
53	26,—	53 F	36,—	
		SE	21,—	



Barmer Ersatzkasse

Postfach-Kto Ffm. 82446
 Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54534
 Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 775
 Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 8211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden **Firmenlisten-Kennzeichens.**

Firmenbeitragsrechnung für den Monat November 1964

Geschäftsstelle: Mz. - Kastel

Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 27.10.64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 30.11.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot					ausgeschlossen zum 31.10.64
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	19	127,10			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120,40			
4 215 463 G 4 Missinger, Friedrich	32F			55,00	
		247,50		55,00	DM 302,50
Etwaige Sonderzahlungen (Gratifikationen usw.) bitten wir uns rechtzeitig zur Beitragsberechnung mitzuteilen.					
Zu übertragen:					



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Oktober 1964

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 23.9.64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 31.10.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446
Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584
Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795
Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211
Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden **Firmenlisten-Kennzeichens**.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	18	120,40			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	19	127,10			
4 897 132 G 4 Oidenburg, Sieglinde	18	120,40			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			55,00	
		367,90		55,00	DM 422,90

Zu übertragen:



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat August 19 64

Geschäftsstelle: MZ - Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 24.7.64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 31.8.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 02446
Bk.Kto. Commerzbund Mz.-Kastel Nr. 54584
Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795
Stadtspar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 4211
nach Überweisungen bitten wir um Angabe des
nächstehenden **Firmenlisten-Kennzeichens.**

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	18	120.40			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	19	127.10			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120.40			
4 215 463 G 4 ssinger, Friedrich	32F			55.-	
		367.90 ✓		55.-	DM 422.90 ✓

Zu übertragen:



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Juni Juni 1964

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 26.5.64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.6.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kostheim Nr. 795

Stadtspar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 1214
nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	18	4 - 120,40			Rest Januar
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	19	127,10			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120,40			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			50,00	
		367,90		50,00	DM 417,90
		4 -			

Zu übertragen:



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Mai 1964

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 23.4.64 ausgestellt.**Änderungen**, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.6.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446
 Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584
 Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795
 Stadsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden **Firmenlisten-Kennzeichens**.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	18	120,40			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	19	127,10			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120,40			
6 156 970 G 4 Pausch, Kristiane					<i>ausgeschieden</i>
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			50,00	
		367,90		50,00	<u>417,90 DM</u>

Zu übertragen:

Herr/Fr Äulein Kristiane Pausch

hat sich zum 31.3.64 aus der **Pflicht**versicherung abgemeldet,
wovon Sie bitte Kenntnis nehmen wollen.

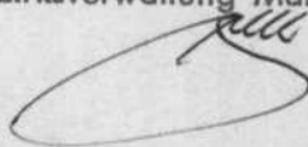
Da wir einen Nachweis über den Empfang dieser Mitteilung bereithalten
müssen, bitten wir höflichst, die anhängende Karte, mit Stempel und Unterschrift
versehen, zurückzusenden.

Hochachtungsvoll

Barmer Ersatzkasse

Bezirksverwaltung Mainz-Kastel

Aktenz. der BEK





Barmer Ersatzkasse

Malnz-Kastel

Falls Empfänger verzogen, mit Angabe
der neuen Anschrift zurückerbeten.

POSTKARTE
(mit Antwortkarte)



An



Gossner - Mission

6503

Mainz-Kastel
Eleonoren Str. 64



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat April 1964

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 1.4.64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.5.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Girobank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	18	120.40			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	19	127.10			
4 897 132 G 4 Oidenburg, Sieglinde	18	120.40			
6 156 970 G 4 Pausch, Kristiane	13	86.95			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			50.-	
		454.85 ✓		50.- ✓	DM 504.85 ✓
		86.95			
		367.90			

Zu übertragen:



Spar- u. Kreditbank MZ-Kosheim Nr. 795
 Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Januar 19 64

Geschäftsstelle: MZ - Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 27. 12. 64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10. 1. 64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	18	120.40			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	19	127.10			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	4.- 120.40			Rest Januar
6 156 970 G 4 Pausch, Kristiane	13	86.95			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			50.-	
		458.85 ✓		50.-	DM 508.85 F.



7. a) Beziehen Sie Rente aus der Angestellten-/Arbeiter-Rentenversicherung? Ja/nein

Welcher Art? Rentenzeichen:
(Alters-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Hinterbliebenen-Rente)

b) Erhalten Sie - bzw. Ihr gesetzlicher Vertreter (Mutter, Vormund) für Sie - Waisenrente? Ja/nein
(Ggf. letzten Rentenbescheid bitte der Kasse vorlegen!)

c) Ist eine Rente im vorstehenden Sinne beantragt? Ja/nein

Versicherungsschutz für Angehörige:

Ich beantrage die Anerkennung eines Anspruchs auf Familienhilfe für den nachstehend aufgeführten unterhaltsberechtigten Ehegatten und für die unterhaltsberechtigten nicht über 21 Jahre alten Kinder, darüber hinaus für solche in Schul- oder Berufsausbildung stehenden Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

Vor- und Zuname	Verwandtschafts- verhältnis zum Antragsteller	Geboren am	Monatliches eigenes Einkommen des Fam.-Angehörigen aus Arbeit, Rente *), Miete Kapital usw.		Besteht anderweitiger Anspruch auf Krankenpflege? — z. B. infolge Beschäftigung, Bezug oder Beantragung einer Rente - Waisenrente - aus der Sozialversicherung —
			DM	Art	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Für sonstige Angehörige (Eltern und Schwiegereltern sowie Verwandte, die den Haushalt eines verwitweten oder eines alleinstehenden Mitgliedes führen) ist ein in der Geschäftsstelle erhältlich besonderer Antragsvordruck auszufüllen.

Unfälle - Verletzungen - Berufskrankheiten - Kriegsbeschädigungen:

Hierunter bitte eintragen, ob Sie oder einer der vorstehend genannten Angehörigen Gesundheitsschäden erlitten haben durch Kriegseinwirkungen - Dienst in der Bundeswehr - Arbeitsunfall - Berufskrankheit - sonstige Unfallschäden oder Gesundheitsschäden im Sinne des Heimkehrer- bzw. Häftlingshilfegesetzes.

.....
 Name Art (s. o.)

.....
 Name Art (s. o.)

Anerkennung ist - beantragt - erfolgt. (Bescheid bitte der Kasse vorlegen!)

Ich erkenne die Kassensatzung, die Versicherungsbedingungen mit Krankenordnung sowie die hierzu herausgegebenen Nachträge in allen Teilen für mich als bindend an.

Den Aufnahmeantrag habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.

Ich nehme das Recht in Anspruch, von der Pflichtversicherung bei der zuständigen Pflichtkrankenkasse befreit zu werden (§ 517 RVO).

....., den 196.....
 Vor- und Zuname
 (Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers)



Barmer Ersatzkasse

Eingangsstempel der Geschäftsstelle

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme zum

Personalien:

Bitte Druckbuchstaben!

1. Zuname: Vorname:
 Wohnort: Geboren am
 Straße/Platz, Nr.: Geburtsort:
 Zustellpostamt: Familienstand: Staatszugehörigkeit:
 (ledig, verh., verw., gesch.)

Arbeitgeber:

2. a) Beschäftigt als seit dem 19.....
 (Genauere Berufsbezeichnung angeben, z. B. Bürovorsteher, Buchhalter, Korrespondent, Architekt, Techniker im Konstruktionsbüro, kaufm. Lehrling)
 Falls zur Aushilfe tätig, für welche Zeit?
 b) bei der Firma
 c) Geschäftszweig:
 (z. B. Großhandel, Metallindustrie, Bank, Versicherung)
 d) Ort, Straße/Platz, Nr.: Fernruf:
 e) Mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert? Art der Verwandtschaft:
 f) Gegen Entgelt außerdem beschäftigt bei

Arbeitsverdienst:

3. a) Monatsentgelt - Brutto - Arbeitsverdienst (d. h. einschl. der sozialen Zulagen, Sachbezüge - Wohnung, Verpflegung, Naturalien - Gewinnanteile, Provisionen, Verkaufsprämien usw.) beträgt seit dem 19 DM
 b) An Frauen- und Kinderzuschlägen sind darin enthalten DM
 c) Werden von Ihrem Arbeitgeber außerdem regelmäßig wiederkehrende Sonderzuwendungen, Gratifikationen oder dergleichen gewährt? Wann und in welcher Höhe?

Sonstiges:

4. a) Sind Sie angestelltenversicherungsspflichtig?
 b) Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig? Seit wann?
 5. a) Bei welcher Krankenkasse sind bzw. waren Sie bisher versichert?
 (Bei Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskassen ist der Sitz, bei Ersatzkassen die örtliche Zweigstelle anzugeben)
 b) Ist oder wird Ihre Versicherung bei der genannten Kasse gekündigt und zu welchem Termin?
 6. Waren Sie schon einmal Mitglied unserer Kasse? Wann? Unter welcher Nr.?
 Zuletzt Geschäftsstelle: Schulden Sie noch Beiträge:

Von der Geschäftsstelle auszufüllen! Zentrale-/Firmen-L. Nr.: Wird Firmenl. Hebeliste gewünscht? Ja/nein Statistisch erfaßt:
 Zuteilung zur BV/VSt Zweigstelle Zahlstelle Betriebsausgabestelle? Ja/nein
 Anr.: BEK/..... vom bis Austritt/Ausschluß, Rückstand DM
 FH M.-Nr.

Von der Hauptverwaltung auszufüllen! Eingangsdatum: Aufgenommen zum 196.....
 Mitglieds-Nr.:



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Februar 19 64

Geschäftsstelle: MZ. - Kastel

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 29.1.64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.3.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden **Firmenlisten-Kennzeichens**.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	16	107.05			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	120.40			✓
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120.40			✓
6 156 970 G 4 Pausch, Kristiane	13	86.95			✓
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			50.-	✓
		434.80 ✓		50.-	DM 484.80 Fi.

Zu übertragen:

29.1.64

An die
Barner Ersatzkasse
Bezirksverwaltung
6503 Mainz-Kastel

Betr.: Lohnzahlung der bei Ihnen Versicherten

	Gehalt bis 31.12.63	Geh.ab 1.1.64
Clotz	DM 479.17	DM 545.--
Dupin	548.13	563.55
Oldenburg	527.--	527.--
Pausch	375.--	404.90
Weissinger	937.96	1.481.--

Soweit Kost und Wohnung gewährt wird, ist dies im Bruttobetrag mit einbezogen worden.



29.1.64

An die
Barmer Ersatzkasse
Bezirksverwaltung
6503 Mainz-Kastel

Betr.: Lohnzahlung der bei Ihnen Versicherten

	Gehalt bis 31.12.63	Geh.ab 1.1.64
Clotz	DM 479.17	DM 545.--
Dupin	548.13	563.55
Oldenburg	527.--	527.--
Pausch	375.--	404.90
Weissinger	937.96	1.481.--

Soweit Kost und Wohnung gewährt wird, ist dies im Bruttobetrag mit einbezogen worden.





Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Januar 1964

Geschäftsstelle: MZ. - Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 3.1.64 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.2.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 02446

Bk.Kto. Commerzbank MZ-Kastel Nr. 54534

Spar- u. Kred.Kto. MZ-Kastel Nr. 795

Stadtspar-Kassa Mainz, Filiale MZ-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	16	107.05			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	120.40			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120.40			
6 156 970 G 4 Pausch, Kristiane	13	86.95			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			50.-	
		434.80 ✓		50.-	DM 484.80 Fr.



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat December 1963

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 25. 11. 63 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10. 1. 64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postfach-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Fz-Kastel Nr. 54501

Spar- u. Kreditbank Fz-Kastel Nr. 735

Stadtpostkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
Übertrag:					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	16	107.50			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	120.95			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120.95			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			50.-	
		349.40 ✓		50.-	DM 399.40 Fi.
Etwaige Sonderzahlungen (Gratifikationen usw.) bitten wir uns rechtzeitig zur Beitragsberechnung mitzuteilen.					

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

zur Vorlage beim Arbeitgeber

Herr
Frau
Frl.

Oldenburg Sieglinde

(Name)

(Vorname)

geboren am:

3. III. 32

steht seit

13. IV. 63

in meiner ärztlichen Behandlung

und ist seit dem

13. VI.

arbeitsunfähig.

Dr. med. Röltgen

Arzt für Magen, Darm,
Stoffwechselkrankheiten

(Ort)

, den

0.7. 64.

(Datum)

Bad Mergentheim

Röltgen
(Stempel u. Unterschrift)

Für diese Bescheinigung DM erhalten zu haben, be-
schäftigt:

.....
(Ort u. Datum)

.....
(Unterschrift)

(Diese Bescheinigung darf nur gegen Bezahlung von mindestens DM 2.— (Ziff. 15a der Amtlichen Gebührenordnung vom 8. Juli 1957) durch den Anfordernden entsprechend der §§ 10. und 11 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg ausgestellt werden.)



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Oktober 1963

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 4.10.63 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.11.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 80344

Bk.Kto. Commerzbank Fz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	16	107.50			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	120.95			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120.95			
4 215 463 G 4 Missinger, Friedrich	32F			50.-	
		34940 ✓		50.-	DM 399.40 i.

Monatlicher Beitrag ab 1. August 1963

Ohne Leistungen aus der Familienhilfe		Mit Leistungen aus der Familienhilfe	
Klasse	Beitrag DM	Klasse	Beitrag DM
Gruppe B			
30	31,—	30F	45,—
31	34,—	31F	48,—
32	36,—	32F	50,—
Gruppe C			
40	31,—	40F	45,—
41	36,—	41F	50,—
42	38,—	42F	52,—
43	28,—	43F	42,—
SL	5,—	S	24,—
Gruppe D			
50	12,—	50F	20,—
51	15,—	51F	24,—
52	19,—	52F	28,—
53	24,—	53F	33,—
—	—,—	SE	19,—



Barmer Ersatzkasse

Im Juli 1963

Merkblatt für die Arbeitgeber unserer Mitglieder

Betr.: Neue Beiträge für die Mitglieder der Gruppen B bis D ab 1. August 1963

Die Vertreterversammlung der Kasse hat am 5. April 1963 einen 22. Nachtrag zu den Versicherungsbedingungen beschlossen, der für die nichtversicherungspflichtigen Mitglieder eine Erhöhung der Beiträge mit Wirkung vom 1. August 1963 zur Folge hat. Die erforderlichen Genehmigungen der Aufsichtsbehörde und der Preisbildungsstelle des Bundeswirtschaftsministeriums sind inzwischen erteilt worden. Wir bitten Sie, die Höhe der erstmalig für den Monat August zu zahlenden Beiträge den auf der Rückseite dieses Schreibens abgedruckten Tabellen zu entnehmen. Für Ihre Mühewaltung im voraus besten Dank.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre

Barmer Ersatzkasse



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Juni 1963

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel Zahlstelle: ✓

Postsch.-Kto. Ffm. 32446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54304

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kostheim Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Die Beitragsrechnung wurde am 22.5.63 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.7.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	15	100.80			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	120.95			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120.95			
4 215 463 G 4 Missinger, Friedrich	321=			46.-	
		342.70 ✓		46.-	DM 388.70 Fi.
<i>Beitrag Dupin erhöht</i>					
Zu übertragen:					



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Mai 19 63

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 24.4.63 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.6.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446
Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584
Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795
Städtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	15	100.80			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	120.95			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	18	120.95			
4 215 463 G 4 Missinger, Friedrich	32F			46.-	
		342.70 ✓		46.-	DM 388.70 Fr.
					by. PSIK 5/6.63 Bely 127 67.20 455.90
					wegen Erhöhung Dupin



Barmer Ersatzkasse

Postfach-Kto. Ffm. 82446

Bk. Kto. Landesbank Mz.-Kassel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kassel Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kassel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Johann 1963

Geschäftsstelle: Mz.-Kassel

Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 29. 1. 63 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10. 3. 63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kassel Gossner Mission					
Übertrag:					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	15	100,80			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	120,95			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	8	53,75			
4 215 463 G 4 Missinger, Friedrich	32F			46,00	
		275,50 ✓		46,00	DM 321,50 Fi.
Bezahl am: <u>21/3.63</u> durch: <u>W. CB</u>					
Nach Mitteilung der Barmer Ers.-Kasse (Telef.) war diese Rechnung bereits bezahlt (PSK) Der Betrag (oben) von 321,50 würde deshalb auf die März-Rechnung verrechnet.					
Zu übertragen:					





Herrn Frä. Suzanna Eaton

Barmer Ersatzkasse

Mainz-Kastel

6503 Mainz-Kastel
General-Mudra-Str. 1-3
Gossner Mission

Falls Empfänger verzogen, mit Angabe
der neuen Anschrift zurückerbten.

Eintrittsdatum Mitgliedsnummer	Firm -Liste	Zuständige Geschäftsstelle	Zahlstelle
1.8.1962		Mainz-Kastel	---
791 800	G 4	BV/VSr ZwSt	

Zum 25.8.1962 haben wir Ihre Mitgliedschaft beendet.

Bei späterem Wiedereintritt
kann die Kasse auf Antrag die früheren
Mitgliedszeiten anrechnen (§ 5 Abs. 4 VB).

Mainz-Kastel den 14.9. 1962

Hochachtungsvoll

Barmer Ersatzkasse
Bezirksverwaltung Mainz-Kastel



38 v. Chr.-
* 1962
2000 Jahre
MAINZ

Blindenmission



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat September 1962

Geschäftsstelle: Mainz - Kastel Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 3.9.62 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die **Gesamtsumme** bis zum 10.10.62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden **Firmenlisten-Kennzeichens**.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	15	100,80			
6 332 467 G 4 Goetze, Ingrid					
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	8	53,75			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46,00	
79 1799 G4					0. 11. - 31. 8. 62
Neveda, Puhai 679 1795 G4	11	51,73			
Neveda, Puhai	11	73,90			
		285,18		46,00	DM 326,18



Barmer Ersatzkasse

Vom Arbeitgeber
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn Doris Duprin
Fr

geb.: 14.8.1939

Wir bescheinigen Ihnen gemäß § 518 der Reichsversicherungsordnung, daß Sie seit dem 1. September 62
Mitglied unserer Kasse sind. Auf Grund Ihrer Tätigkeit bei Fa. Gossner Mission,
Mainz-Kastel,

erheben wir ab 1.9.1962 Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 517, 519, 520) haben Sie das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse). Zur Ausübung dieses Rechts ist es erforderlich, daß Sie diese Bescheinigung unverzüglich Ihrem Arbeitgeber aushändigen (s. Rückseite).

Mainz-Kastel,

den 3.9. 1962

Hochachtungsvoll
BARMER ERSATZKASSE

I. A.

Wichtig für den Arbeitgeber!

(Vergl. §§ 519, 520 in Verbindung mit §§ 306, 317, 397 der Reichsversicherungsordnung)

Der Arbeitgeber ist von der Verpflichtung zur Anmeldung krankenversicherungspflichtiger Beschäftigter bei der Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse nur dann befreit, wenn ihm

- a) eine Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit des Beschäftigten zu dieser bis einschließlich zum 4. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung vorgelegt wird,
- b) während der ersten vier Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen wird, daß der Beschäftigte Mitglied der Ersatzkasse ist und außerdem die Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit bis einschließlich zum 15. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung überreicht worden ist.

In allen anderen Fällen ist der Arbeitgeber verpflichtet, krankenversicherungspflichtig Beschäftigte bei der zuständigen Pflichtkasse vorschriftsmäßig anzumelden.

Erfolgt die Vorlage der von der Ersatzkasse ausgestellten Bescheinigung erst nach Ablauf der vorstehend angegebenen Fristen (4 bzw. 15 Tage), so muß zur Vermeidung einer Doppelversicherung der Beschäftigte durch den Arbeitgeber bei der Pflichtkrankenkasse, bei der er gemeldet ist, sofort abgemeldet werden. Eine Abmeldung ist unter den erwähnten Umständen auch dann erforderlich, wenn die Anmeldung zur Pflichtkasse versehentlich unterblieben ist, da sonst die Gefahr besteht, daß sie Beiträge bis zur Abmeldung verlangt, weil die Pflicht zur Beitragsleistung nicht allein von der Anmeldung abhängig ist.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den auf ihn entfallenden gesetzlichen Beitragsanteil (das ist der Beitragsteil, den er zu tragen hätte, wenn der Beschäftigte bei der Pflichtkrankenkasse versichert wäre) dem Versicherten unmittelbar bei der Lohn- oder Gehaltszahlung auszuhändigen.



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Juli 19 62

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kostheim Nr. 795

Stadsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 4.7.62 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.8.62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	15	10,06 100,80			Rest April + Juni 62
6 332 467 G 4 Goetze, Ingrid	15	12,095			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	8	53,75	6,30		Rest-Beit. Dez. 61
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46,00	
		285,56	6,30	46,00	D.M.: 337,86
		6,30			11. 6,30
		278,86	6,30	46,00	31 331,16 Sp



Barmer Ersatzkasse

Vom Arbeitgeber
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn Purhai Neuvenda geb.: 18. 11. 42
Fr l.

Wir bescheinigen Ihnen gemäß § 518 der Reichsversicherungsordnung, daß Sie seit dem 11. 8. 1962

Mitglied unserer Kasse sind. Auf Grund Ihrer Tätigkeit bei Fa Gossner - Mission
MNZ - Kassel, General - Meutha - Str. 1-3

erheben wir ab 11. 8. 62 Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 517, 519, 520) haben Sie das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse). Zur Ausübung dieses Rechts ist es erforderlich, daß Sie diese Bescheinigung unverzüglich Ihrem Arbeitgeber aushändigen (s. Rückseite).

Mainz - Kassel

den 13. Aug. 1962

Hochachtungsvoll
BARMER ERSATZKASSE

I. A.

Wichtig für den Arbeitgeber!

(Vergl. §§ 519, 520 in Verbindung mit §§ 306, 317, 397 der Reichsversicherungsordnung)

Der Arbeitgeber ist von der Verpflichtung zur Anmeldung krankenversicherungspflichtiger Beschäftigter bei der Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse nur dann befreit, wenn ihm

- a) eine Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit des Beschäftigten zu dieser bis einschließlich zum 4. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung vorgelegt wird,
- b) während der ersten vier Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen wird, daß der Beschäftigte Mitglied der Ersatzkasse ist und außerdem die Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit bis einschließlich zum 15. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung überreicht worden ist.

In allen anderen Fällen ist der Arbeitgeber verpflichtet, krankenversicherungspflichtig Beschäftigte bei der zuständigen Pflichtkasse **vorschriftsmäßig anzumelden**.

Erfolgt die Vorlage der von der Ersatzkasse ausgestellten Bescheinigung erst nach Ablauf der vorstehend angegebenen Fristen (4 bzw. 15 Tage), so muß zur Vermeidung einer Doppelversicherung der Beschäftigte durch den Arbeitgeber bei der Pflichtkrankenkasse, bei der er gemeldet ist, sofort abgemeldet werden. Eine Abmeldung ist unter den erwähnten Umständen auch dann erforderlich, wenn die Anmeldung zur Pflichtkasse versehentlich unterblieben ist, da sonst die Gefahr besteht, daß sie Beiträge bis zur Abmeldung verlangt, weil die Pflicht zur Beitragsleistung nicht allein von der Anmeldung abhängig ist.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den auf ihn entfallenden gesetzlichen Beitragsanteil (das ist der Beitragsteil, den er zu tragen hätte, wenn der Beschäftigte bei der Pflichtkrankenkasse versichert wäre) dem Versicherten unmittelbar bei der Lohn- oder Gehaltszahlung auszuhändigen.



Bärmer Ersatzkasse

Vom Arbeitgeber
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn
Fr l.

Suzanne Eaton

geb.: 10.12.34

Wir bescheinigen Ihnen gemäß § 518 der Reichsversicherungsordnung, daß Sie seit dem 1.8.1962

Mitglied unserer Kasse sind. Auf Grund Ihrer Tätigkeit bei Gossner-Haus

Ort - Kastel, Eleonorenstr. 64

erheben wir ab 1.8.1962 Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 517, 519, 520) haben Sie das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse). Zur Ausübung dieses Rechts ist es erforderlich, daß Sie diese Bescheinigung unverzüglich Ihrem Arbeitgeber aushändigen (s. Rückseite).

Maint - Kastel

den 3. Aug. 1962

Hochachtungsvoll
BÄRMER ERSATZKASSE

I. A.

Wichtig für den Arbeitgeber!

(Vergl. §§ 519, 520 in Verbindung mit §§ 306, 317, 397 der Reichsversicherungsordnung)

Der Arbeitgeber ist von der Verpflichtung zur Anmeldung krankenversicherungspflichtiger Beschäftigter bei der Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse nur dann befreit, wenn ihm

- a) **eine Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit des Beschäftigten zu dieser bis einschließlich zum 4. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung vorgelegt wird,**
- b) **während der ersten vier Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen wird, daß der Beschäftigte Mitglied der Ersatzkasse ist und außerdem die Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit bis einschließlich zum 15. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung überreicht worden ist.**

In allen anderen Fällen ist der Arbeitgeber verpflichtet, krankenversicherungspflichtig Beschäftigte bei der zuständigen Pflichtkasse vorschriftsmäßig anzumelden.

Erfolgt die Vorlage der von der Ersatzkasse ausgestellten Bescheinigung erst nach Ablauf der vorstehend angegebenen Fristen (4 bzw. 15 Tage), so muß zur Vermeidung einer Doppelversicherung der Beschäftigte durch den Arbeitgeber bei der Pflichtkrankenkasse, bei der er gemeldet ist, sofort abgemeldet werden. Eine Abmeldung ist unter den erwähnten Umständen auch dann erforderlich, wenn die Anmeldung zur Pflichtkasse versehentlich unterblieben ist, da sonst die Gefahr besteht, daß sie Beiträge bis zur Abmeldung verlangt, weil die Pflicht zur Beitragsleistung nicht allein von der Anmeldung abhängig ist.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den auf ihn entfallenden gesetzlichen Beitragsanteil (das ist der Beitragsteil, den er zu tragen hätte, wenn der Beschäftigte bei der Pflichtkrankenkasse versichert wäre) dem Versicherten unmittelbar bei der Lohn- oder Gehaltszahlung auszuhändigen.



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Januar 1963

Geschäftsstelle: Mz-Kastel Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 3.1.63 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.2.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446
Dk. Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584
Kto. in Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795
Städt. Sparkasse
Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des
Häufstehenden Firmenkontennummerns.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Übertrag:				
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot	15	1 00,85			
6 803 206 G 4 Dupin, Doris	18	1 20,35			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	13 8	87,35			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46,00	
		309,10 ✓		46,00 ✓	<u>DM 355,10</u>





Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Juni 1962

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel

Zahlstelle: 8

Die Beitragsrechnung wurde am 23. 10. 62 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10. 7. 62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
6 332 467 G 4 Goetze, Ingrid	18	120 95			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	8	53 75			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32, F			46,00	
<i>Clotz, Margot</i>	14	94,10			
		268 80		46,00	<u>Summe 314,80</u>



Barmer Ersatzkasse

Vom Arbeitgeber
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

XXX
Herrn
Fr

Margot Clotz

geb.:

7.7.07

Wir bescheinigen Ihnen gemäß § 518 der Reichsversicherungsordnung, daß Sie seit dem 15.4.1962

Mitglied unserer Kasse sind. Auf Grund Ihrer Tätigkeit bei Gossner Mission, Mainz-Kastel,

erheben wir ab 15.4.1962 Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 517, 519, 520) haben Sie das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse). Zur Ausübung dieses Rechts ist es erforderlich, daß Sie diese Bescheinigung unverzüglich Ihrem Arbeitgeber aushändigen (s. Rückseite).

Mainz-Kastel

den 18.4.1962 196.....

Hochachtungsvoll

BARMER ERSATZKASSE

I. A.

Wichtig für den Arbeitgeber!

(Vergl. §§ 519, 520 in Verbindung mit §§ 306, 317, 397 der Reichsversicherungsordnung)

Der Arbeitgeber ist von der Verpflichtung zur Anmeldung krankenversicherungspflichtiger Beschäftigter bei der Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse nur dann befreit, wenn ihm

- a) eine Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit des Beschäftigten zu dieser bis einschließlich zum 4. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung vorgelegt wird,
- b) während der ersten vier Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen wird, daß der Beschäftigte Mitglied der Ersatzkasse ist und außerdem die Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit bis einschließlich zum 15. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung überreicht worden ist.

In allen anderen Fällen ist der Arbeitgeber verpflichtet, krankenversicherungspflichtig Beschäftigte bei der zuständigen Pflichtkasse vorschriftsmäßig anzumelden.

Erfolgt die Vorlage der von der Ersatzkasse ausgestellten Bescheinigung erst nach Ablauf der vorstehend angegebenen Fristen (4 bzw. 15 Tage), so muß zur Vermeidung einer Doppelversicherung der Beschäftigte durch den Arbeitgeber bei der Pflichtkrankenkasse, bei der er gemeldet ist, sofort abgemeldet werden. Eine Abmeldung ist unter den erwähnten Umständen auch dann erforderlich, wenn die Anmeldung zur Pflichtkasse versehentlich unterblieben ist, da sonst die Gefahr besteht, daß sie Beiträge bis zur Abmeldung verlangt, weil die Pflicht zur Beitragsleistung nicht allein von der Anmeldung abhängig ist.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den auf ihn entfallenden gesetzlichen Beitragsanteil (das ist der Beitragsteil, den er zu tragen hätte, wenn der Beschäftigte bei der Pflichtkrankenkasse versichert wäre) dem Versicherten unmittelbar bei der Lohn- oder Gehaltszahlung auszuhändigen.



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Mai 1962

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle: ✓

Die Beitragsrechnung wurde am 26.4.62 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.6.62 vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk. Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
6 332 467 G 4 Goetze, Ingrid	18	120,95			
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	8	53,75			
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46,00	
		174,70		46,00	DM 220,70



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat April 1962

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Blk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Girobank Mz.-Kostheim Nr. 795

Sparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel

Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 20.3.62 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.4.62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
4 M.-Kastel Gossner Mission					
6 332 467 G 4					
Goetze, Ingrid	18	120,95			
4 897 132 G 4					
Oldenburg, Sieglinde	8	53,75	25,20 130		Rest Dez. + Febr.
4 215 463 G 4					
Weissinger, Friedrich	32F			46,00	
		174,70	25,20 630	46,00	DM: 245,90
					- 18,90
					227,-



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Marz 19 62

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk. Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kosheim Nr. 795

Stadisparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 22. 2. 62 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10. 4. 62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma G 4 M.-Kastel Gossner Mission	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
Übertrag:					
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	5		4980		(da April v. 60, 60)
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	36F			46.00	
6 332 467 G 4 Boetze, Ingrid	18		113.40		Febr. 62 <i>Kindergeb</i>
6 332 462 G 4 Boetze, Ingrid	18		113.40		Marz 62
			276.60	46.00	DM: 322.60 <i>Marz</i>
					113.40
					209.20



Barmer Ersatzkasse

Vom Arbeitgeber
sorgfältig aufzubewahren!
(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn *Suznid Goetze*
Fr

geb.: *7.4.39*

Wir bescheinigen Ihnen gemäß § 518 der Reichsversicherungsordnung, daß Sie seit dem *1.4.60*

Mitglied unserer Kasse sind. Auf Grund Ihrer Tätigkeit bei *Gossner-Haus*
Mainz - Carlstr. 12, 55128 Mainz

erheben wir ab *1.2.62* Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 517, 519, 520) haben Sie das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse). Zur Ausübung dieses Rechts ist es erforderlich, daß Sie diese Bescheinigung unverzüglich Ihrem Arbeitgeber aushändigen (s. Rückseite).

Hamburg-Harburg,
den *1.2.* 19*62*

Hochachtungsvoll
BARMER ERSATZKASSE
Verwaltungsstelle Hamburg-Harburg
I. A. *Kalbitz*



Wichtig für den Arbeitgeber!

(Vergl. §§ 519, 520 in Verbindung mit §§ 306, 317, 397 der Reichsversicherungsordnung)

Der Arbeitgeber ist von der Verpflichtung zur Anmeldung krankenversicherungspflichtiger Beschäftigter bei der Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse nur dann befreit, wenn ihm

- a) eine Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit des Beschäftigten zu dieser bis einschließlich zum 4. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung vorgelegt wird,
- b) während der ersten vier Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen wird, daß der Beschäftigte Mitglied der Ersatzkasse ist und außerdem die Bescheinigung der Ersatzkasse über die Zugehörigkeit bis einschließlich zum 15. Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung überreicht worden ist.

In allen anderen Fällen ist der Arbeitgeber verpflichtet, krankenversicherungspflichtig Beschäftigte bei der zuständigen Pflichtkasse vorschriftsmäßig anzumelden.

Erfolgt die Vorlage der von der Ersatzkasse ausgestellten Bescheinigung erst nach Ablauf der vorstehend angegebenen Fristen (4 bzw. 15 Tage), so muß zur Vermeidung einer Doppelversicherung der Beschäftigte durch den Arbeitgeber bei der Pflichtkrankenkasse, bei der er gemeldet ist, sofort abgemeldet werden. Eine Abmeldung ist unter den erwähnten Umständen auch dann erforderlich, wenn die Anmeldung zur Pflichtkasse versehentlich unterblieben ist, da sonst die Gefahr besteht, daß sie Beiträge bis zur Abmeldung verlangt, weil die Pflicht zur Beitragsleistung nicht allein von der Anmeldung abhängig ist.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den auf ihn entfallenden gesetzlichen Beitragsanteil (das ist der Beitragsteil, den er zu tragen hätte, wenn der Beschäftigte bei der Pflichtkrankenkasse versichert wäre) dem Versicherten unmittelbar bei der Lohn- oder Gehaltszahlung auszuhändigen.



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Februar 19 62

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 22.1.62 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.2.62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 795

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel H	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	5		31.50		
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46.00	
			31.50	46.00	<u>DM 77.50,-</u>



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Januar 1962

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 21. XII 61 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10. I 62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk. Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kostheim Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	5		31.50		
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32 F			46.00	
			31.50	46.00	<u>DM: 77.50</u> fm



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Dezember 19 61

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 28.11.61 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.12.61, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	<small>Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung</small> Staffel III m	<small>Krankenkasse und Angest.-Versicherung</small> Staffel II	<small>Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder)</small> Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	5		31,50 [✓]		
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46,00 [✓]	
			31,50 [✓]	46,00 [✓]	<u>DM 77,50</u> [✓] Sil

Bezahlt am: 5.12.61
durch: [Signature]



Barmer Ersatzkasse

Vom Arbeitgeber
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn Sieglinde Oldenburg
Fd

geb.: 3.7.32

Wir bescheinigen Ihnen gemäß § 518 der Reichsversicherungsordnung, daß Sie seit dem 20.4.55

Mitglied unserer Kasse sind. Auf Grund Ihrer Tätigkeit bei Gosner-Haus

Mainz-Kastell

erheben wir ab 1.9.61 Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 517, 519, 520) haben Sie das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse). Zur Ausübung dieses Rechts ist es erforderlich, daß Sie diese Bescheinigung unverzüglich Ihrem Arbeitgeber aushändigen (s. Rückseite).

Bad Mergentheim

den 29. August 1961

Hochachtungsvoll

BARMER ERSATZKASSE

I. A.

Wichtig für den Arbeitgeber!

(Vergl. §§ 519, 520 in Verbindung mit §§ 306, 317, 397 der Reichsversicherungsordnung)

Der Arbeitgeber ist von der Verpflichtung zur Anmeldung krankenversicherungspflichtiger Beschäftigter bei der Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Landkrankenkasse nur dann befreit, wenn ihm

- a) **eine Bescheinigung der Ersatzkasse** über die Zugehörigkeit des Beschäftigten zu dieser **bis einschließlich zum 4. Tage** der versicherungspflichtigen Beschäftigung vorgelegt wird,
- b) während der ersten vier Tage der versicherungspflichtigen Beschäftigung **in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen** wird, daß der Beschäftigte Mitglied der Ersatzkasse ist und **außerdem die Bescheinigung der Ersatzkasse** über die Zugehörigkeit **bis einschließlich zum 15. Tage** der versicherungspflichtigen Beschäftigung **überreicht** worden ist.

In allen anderen Fällen ist der Arbeitgeber verpflichtet, krankenversicherungspflichtig Beschäftigte bei der zuständigen Pflichtkasse **vorschriftsmäßig anzumelden**.

Erfolgt die Vorlage der von der Ersatzkasse ausgestellten Bescheinigung erst nach Ablauf der vorstehend angegebenen Fristen (4 bzw. 15 Tage), so muß zur **Vermeidung einer Doppelversicherung** der Beschäftigte durch den Arbeitgeber bei der Pflichtkrankenkasse, bei der er gemeldet ist, **sofort abgemeldet werden**. Eine Abmeldung ist unter den erwähnten Umständen auch dann erforderlich, wenn die Anmeldung zur Pflichtkasse **versehentlich unterblieben** ist, da sonst die Gefahr besteht, daß sie Beiträge bis zur Abmeldung verlangt, weil die Pflicht zur Beitragsleistung nicht allein von der Anmeldung abhängig ist.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den auf ihn entfallenden **gesetzlichen Beitragsanteil** (das ist der Beitragsteil, den er zu tragen hätte, wenn der Beschäftigte bei der Pflichtkrankenkasse versichert wäre) dem Versicherten unmittelbar bei der Lohn- oder Gehaltszahlung auszuhändigen.



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat November 1961

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 26. 10. 61 ausgestellt.

Anderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 30. 11. 61, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446
Bk. Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584
Spar- u. Kreditbank Mz.-Kostheim Nr. 795
Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4274

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
4 897 132 G 4 Oldenburg, Sieglinde	5		31,50		
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32 F			46,00	
			31,50	46,00	DM: 77,50

Gossner



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Oktober 19 61

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle: ---

Die Beitragsrechnung wurde am 5.10.61 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 31.10.61, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spark- u. Kred.itbank Mz.-Kostheim Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nächstehenden **Firmenlisten-Kennzeichens**.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel H	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission					
Übertrag:					
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46.--	
4 897 132 Oldenburg, Sieglinde	5		31.50		
			31.50	46.--	DM: 77.50
					=====



Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat September 19 61

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank f. z. -Kastel Nr. 81500

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastel Nr. 703

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des nachstehenden Firmenlisten-Kennzeichens.

Geschäftsstelle: Mainz - Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 7.9.61 ausgestellt.

Änderungen, die nach diesem Zeitpunkt eingetreten sind, können daher erst in der nächsten Beitragsrechnung berücksichtigt werden.

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 30.9.61, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

1	2	3	4	5	6
Firma	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
G 4 M.-Kastel Gossner Mission Übertrag:					
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32F			46,00	
				46,00	<u>DM 46,00</u> <i>für</i>



Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich 21.12.65

....., am

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
R. Schrader	12/65		116,30		
R. Weller	12/65		75,25		
			191,55		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 191,55

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Geänd. Änderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
in guten und in schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR.



**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR.60

Bankkonten:

NASS.SPK.135001759

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173

Gossner
Mission

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrade, R.	8/65		116.30		
Weker, R.	8/65		75.25		
			191.55		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 191.55

unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR.

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR.60

Bankkonten:

NASS.SPK.135001759

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gössner
Mission

DAK**Beitragsrechnung Wiesbaden-Biebrich**

- 2. 7. 65

....., am

(Stempel)

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Uhrade, R.	7/65		116.30		
Weller, R.	7/65		75.25		
			191.55		

Wir bitten um Überweisung
des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 191,55
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Veränderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.**

13/410F - 5/63

DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6202 Wiesbaden-Bieb'h, Postfach 9486
Rathausstr. 60 - Fernruf: 66073 u. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkto.: Nass. Spark. Biebrich 128776

(Blockstempel)

DAK Überall bewährt
in guten und in schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60



Postkarte

Gossner - Mission

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

6503 Wob. Viertel

Gossner - Mainz

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schradl, R.	5/65		116.30		
	6/65		116.30		
Weber, R.	5/65		75.25		
	6/65		75.25		
			383.10		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 383.10

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Veränderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gössner
Mission

DAK Beitragsrechnung

Wol. Büchel, am 17.3.65

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrode R.	3/65		116,30		
			116,30		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 116,30

unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR.60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

8/66073/62173

Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gossner
Mission

DAK**Beitragsrechnung**

Wiesbaden-Biebrich

10. 2. 65

am

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Reinhold Gebade	1/65		95,75		
	2/65		95,75		
			191,50		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 191,50

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60



**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Postkarte

0345-50064
Firma/Herrn/Frau

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL
GOSSNER HAUS

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173

Gossner
Mission

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrade, R.	12/64		95,75		
	1/65		95,75		
			191,50		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 191,50

..... unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gössner
Mission



Beitragsrechnung

Wiesbaden, diebstich, am 8. 12. 91.

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Uhrade, Reinh.	12/64		95,75		
			95,75		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 95,75

unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.



DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR.60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173

Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Reinhold Schrade	10/64		93.65		
	11/64		95.75		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 189.40

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Verkehrsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) **SITZ HAMBURG**

Bezirks-Geschäftsstelle:

**6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60**

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173



Postkarte
0345-50064

Firma / Herr / Frau

GOSSNER MISSION

**6503 WI KASTEL
GOSSNER HAUS**

**Gossner
Mission**



Beitragsrechnung

6202 Wiesbaden-Biebrich, dm. 19. 10. 64

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrade, R.	10/64		93.65		
			93.65		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 93.65

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Veränderungen bitten wir uns stets anzugeben.

DAK *Überall bewährt
in guten und in
schlechten Stätten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR.



**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSÄTZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.

RATHAUSSTR.60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173

Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gössner
Mission

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrade, R.	9/64		93.65		
	8/64		93.65		
			187.30		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 187.30

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
in guten und in schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60



**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR.60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173

Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gössner
Mission

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60



**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR.60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Postscheckkonto:

Fernruf:

FFM 13703

66073/62173

Gossner
Mission



Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

2. 6. 64

am

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Rinbild Schrade	6/64		93.65		✓
	7/64		93.65		
			197.30		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 197.30

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

Fernruf:

FFM 13703

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gossner
Mission

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Yberrade, R.	6/64		93.65		
			93.65		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

In Höhe von DM 93.65

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Veränderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
in guten und in schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

**6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60**

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gössner
Mission

....., am

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrade, R.	4/64		83,65		
	5/64		83,65		
			187,30		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 187,30

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gossner
Mission

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrade, R.	4/64		93.66		
			93.66		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

In Höhe von DM 93.66

auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

DAK Überall bewährt
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRÄNKENKASSE**
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Post'scheckkonto:

FFM 13703

Fernru :

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma / Herrn / Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL
GOSSNER HAUS

DAK**Beitragsrechnung**

Wiesbaden-Biebrich

11.3.44

(Stempel)

am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Pelzer J.	3/64			63,-	
Schrade R.			93,65		
			93,65	63,-	

Wir bitten um Überweisung
des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 156,65
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Gehaltsänderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.**

13/410f-5/63

DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6202 Wiesbaden-Bieb'h, Postfach 9486
Rathausstr. 60 - Fernruf: 66073 u. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkto.: Nass, Spark. Biebrich 128776

(Blockstempel)

Postkarte

An die

Gossner - Mission

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

DAK**Beitragsrechnung**

Wsb.-Biebrich

am

25.2.64

(Stempel)

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Jürgen Peter	2/64			63.--	
Reinh. Schrade	2/64		93.65		
			93.65	63.-	

Wir bitten um Überweisung
des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 156.65
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Gehaltsänderungen bitten wir
stets aufzugeben.**

DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6202 Wiesbaden-Bieb'ch, Postfach 9486
Rathausstr. 60 - Fernruf: 66073 u. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 127 03
Bankkto.: Nass. Spark. Biebrich 128776

DAK

Überall bewährt
Drucksache
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 50



An das
Gossner-Haus
Gossner-Mission

6503 Wsb.-Kastel
Gossner-Haus

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE



Nur bei Veränderungen

wie nebenstehend erläutert

ausfertigen und an die DAK zurücksenden

An die

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

6202 Wiesbaden-Biebrich

Sehr geehrte Firma!

Wir wollen Ihnen die Arbeit erleichtern. Sie brauchen uns Veränderungen des Arbeitsentgelts sowie Beginn und Ende eines Beschäftigungsverhältnisses nicht in Briefform mitzuteilen, sondern können dafür diese Veränderungsanzeige benutzen.

Berücksichtigen Sie bitte die neben dem regelmäßigen Arbeitsentgelt gezahlten Gewinnanteile, Provisionen, Verkaufsprämien, Vergütungen für Überstunden oder sonstige Zuwendungen (z. B. Weihnachts- und Neujahrszuwendungen, 13. Monatsgehalt, Urlaubshilfe, Abschlussvergütung usw.). Für den Fall, daß Sie Arbeitnehmerbeitragsanteile zur Sozialversicherung und die Lohnsteuer übernehmen oder sonstige Vergütungen, wie Sachbezüge (Wohnung, Verpflegung, Naturalien) usw., gewähren, bitten wir ebenfalls um deren Bekanntgabe, da es sich hierbei um beitragspflichtiges Entgelt handelt. Wenn Mitglieder ihre Stellung aufgeben oder Neueinstellungen vorgenommen werden, kann ebenfalls diese Veränderungsanzeige benutzt werden. Nach den gesetzlichen Vorschriften sind wir verpflichtet, das gesamte Arbeitsentgelt unserer Mitglieder richtig zu erfassen. Sie können uns dabei durch zeitweilige Einsendung dieser Veränderungsmeldung unterstützen. Herzlichen Dank für Ihr Entgegenkommen.

Mit freundlichem Gruß

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Name des Mitgliedes *)	Stellung angetreten ¹⁾ Stellung aufgegeben ²⁾ *)		Regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt			Sonstige Ansprüche	Vorheriges monatliches Arbeitsentgelt	
	am	¹⁾ als ²⁾ Grund	ab:	Gesamt-Bruttoentgelt (monatl.) DM	Davon Frauen- und Kinderzuschl. u. ähnl. soz. Zulagen DM	wie: Prov., Verk. Präm., U-Std.-Vergüt. u. dgl.	Gesamt-Bruttoentgelt (monatl.) DM	Seit wann?
Peter Jünger			1.1.64					
Schrade, R.			1.1.64					

Diese Veränderungsanzeige **unterrichtet** lediglich über Stellenwechsel sowie Gehaltsveränderungen.

Die An- oder Abmeldung zur DAK kann nur durch einen eigenhändig unterzeichneten Aufnahmeantrag bzw. eine Austrittserklärung des Mitgliedes erfolgen.

am 19.....

¹⁾ Bei Stellenwechsel geben Sie uns bitte, falls bekannt, den neuen Arbeitgeber auf.

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)

DAK Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich am 29. 1. 64
 (Stempel) (Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
	1	überholt, in Folge K+V Erhöhung			
Peter	1/64	..		(56.70)	
Yehradl. R			86.95		
		neuer Betr.	93,95	63.-	
			(86.95)	(56.70)	

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 143,65
 auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir
stets aufzugeben.

**DEUTSCHE
 ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**

DAK

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**
(ERSÄTZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6200 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486
Kassenstr. 10-Formföh. 66073 u. 62173
Postfach 100101, Frankfurt/M. 137 03
Banko.: Kass. Spark. Biebrich 128776

(Blockstempel)

Drucksache

Gossner-Mission

 Gossner
Mission

29.1.1963

An die
Deutsche Angestellten-Krankenkasse
6200 Wiesbaden
Biebrich

Betr.: Schrade, Reinhild (15.10.63 Eintritt)
Brutto bis 31.12.63 DM 400.--
Brutto ab 1.1.1964 " 415,45

Betr.: Jürgen Peter, Brutto vom 14.4.63-31.12.63
(Eintritt am 14.4.1963) DM 275,50
ab 1. Januar 1964 Brutto " 291,50

J. Peter

DAK**Beitragsrechnung**Wiesbaden-Biebrich, am 17. 12. 63
(Stempel) (Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter J.	12/63			56.70	
Yehrade J. Q.	12/63		87.35		
			87.35	56.70	

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 154,05,-
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

um 10,- DM Vorsumme

**Veränderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.**

DEUTSCHE**ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**

überweisen 144,05

DAK

Überall bewährt
in guten und in
schlechten Zeiten

DAK

WIESBADEN-BIEBRICH
MUSSTR. 60

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

DAK Hauptgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6202 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486
Rathausstr. 60-Formruf: 65073 u. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkto.: Nass. Sperrk. Biebrich 128776

Drucksache 63

6202

DEUTSCHE
BUNDESPOST

015



Gossner-Mission

6503 Wob. Kastel

Eleonoren Str.

Gossner (Blockstempel)
Mission



Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich, am

13. 11. 63

(Stempel)

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Pelzer J.	11/63			56,70	
Schrader R.	11/63		87,35		
	10/63		5,82		
			93,17	56,70	

Wir bitten um Überweisung
des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 149,87
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

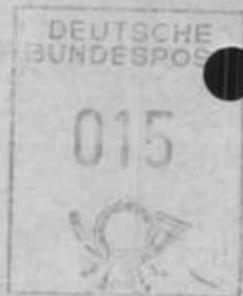
Veränderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.

DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6202 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486
Rathausstr. 6D - Fernruf: 66073 u. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkto.: Nass. Spark. Biebrich 128776
(Blockstempel)

DAK

Überall bewährt
Drucksache
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60



Gossner-Mission

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

6503 Wob. Kastel

Leonnendstr.

Gossner
Mission

Sehr geehrtes Mitglied!

Behr.: Peter, Jürgen - Sarahde Reinhold

Krankheit ist stets ein ungebetener Gast. Wo sie auftritt, ist schnelle Hilfe erforderlich. Aber Kranksein ist teuer. Unsere Ausgaben für Krankenhilfeleistungen sind in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen. Nur bei **pünktlicher Erfüllung der Beitragsverpflichtungen aller Mitglieder** sind wir in der Lage, überall da zu helfen, wo Hilfe dringend nötig ist. Sie dürfen die Gewißheit haben, bei uns den bestmöglichen Versicherungsschutz zu genießen, um im Krankheitsfalle vor wirtschaftlicher Not bewahrt zu sein. Säumen Sie daher nicht länger, Ihren bereits überfälligen Beitrag für den vergangenen Monat zu entrichten.

Mit freundlichem Gruß

Ihre
DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
i. A.

Sofern Sie bereits gezahlt haben, bitten wir um eine kurze Postkarten-Mitteilung wie folgt:

Ich zahlte am an

für Monat DM

244723 (UN 0)

Mission

DAK Überall bewährt
in guten und in schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
Rathausstraße 60

Fernruf: 6 60 73 u. 6 21 73

Postscheckkonto: Frankfurt Nr. 137 03
Bankkonto: Nassauische Sparkasse
Wiesbaden-Biebrich Nr. 128 776



Herrn/Frau
Fräulein

An das

Gossner - Haus

6503

Wsb. Ksttl

Konferenz

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Ort.: **Ravensburg**

BGSt.-Nr.: **1531** am **2.10.63**

für Herrn/Frau/Frl. **Schrade** Vorname **Reinhild**

Geboren am **21.5.44** Anschrift **Ravensburg, Holbeinstr.17**

Stellenantritt: **15.10.63** Mitgl.-Nr.: **W6418058** Mitgl. seit: **16.5.62**

Herrn
Frau
Firma

Gossner-Haus

65 Mainz-Rastel

Hiermit bestätigen wir, daß
der/die Vorgenannte Mitglied
der Deutschen Angestellten-
Krankenkasse ist.



Im Auftrag

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie — falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist — unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszuzahlen.

*) § 520 RVO, §§ 1398, 1400 RVO, §§ 120, 122 AVG, § 160 Abs. 2 AVAVG

Zur Beachtung!

Nachweis über die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse.

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beitrifft.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassenmitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Der Arbeitgeber hat Beschäftigte, die ihm die Bescheinigung innerhalb der Meldefrist vorlegen, der Pflichtkrankenkasse nicht zu melden. Wird dem Arbeitgeber in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen, daß der Arbeitnehmer Mitglied der Ersatzkasse ist, verlängert sich die Meldefrist auf 2 Wochen. Wird die Bescheinigung nicht innerhalb dieser Frist beigebracht, so hat der Arbeitgeber die Meldung zu erstatten.

Wird die Bescheinigung erst später im Laufe der Beschäftigung beigebracht, so hat der Arbeitgeber den Beschäftigten innerhalb der Meldefrist bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Unterläßt er diese Meldung, so haftet er dem Beschäftigten für den hieraus erwachsenen Schaden.

Diese Bescheinigung ist vom Arbeitgeber aufzubewahren und bei Betriebsprüfungen vorzulegen.

DAK**Beitragsrechnung**

Wiesbaden-Biebrich - 8. 10. 63

(Stempel)

, am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter, Jürgen	10/63			56.70	
				56.70	

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 56.70
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Gehaltsänderungen bitten wir
stets aufzugeben.**

213/410 f(A1 T) alt 226/103

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Mission

DAK Überall bewährt
in guten und in
schlechten Zeiten

DAK
WIESBADEN-BIEBRICH
RATHHAUSSTR. 60

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6202 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486
Rathausstr. 60-Postnr. 35073 u. 62173
Postcheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkto.: Nass. Spark. Biebrich 120776

Drucksache



An die
Gossner-Mission

6503 Wab. Kastel

Eleonorendt.

Gossner (Blockstempel)
Mission

DAK Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

am

30.8.00

(Stempel)

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter Jürgens	9/63		56,70		
			56,70		

Wir bitten um Überweisung
des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 56,70
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Veränderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.**

213/410f (An 2)

DAK Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
61021 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486
Rechnungsbilanz 60-Verrechnung 0 4723 u. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkonto: Nass. Spark. Biebrich 128776

(Blockstempel)

DAK

Überall bewährt
Drucksache
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 80



Gossner - Mission

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

Wolke, Karl

Leonhardt.



DAK Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

, am

10.8.63

(Stempel)

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter Jünger	8/63		56.70		
			56.70		

Wir bitten um Überweisung
des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 56.70
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.

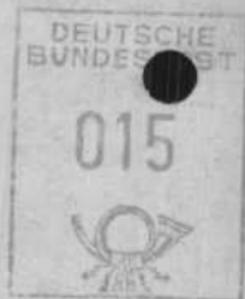
DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6203 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486
Rechnungsf. CO-Bezahl: GGR, Tel. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkto.: Nass. Spark. Biebrich 128776

(Blockstempel)

DAK

Überall bewährt
Drucksache
*in guten und in
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60



Gossner-Mission

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

Wolke-Kardel

Heinrich

Gossner
Mission

DAK**Beitragsrechnung**

19.7.63

Wiesbaden-Biebrich

, am

(Stempel)

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter, Jürgen	7/63		56.70		

Wir bitten um Überweisung
des Gesamt-Rechnungsbetrages
in Höhe von DM 56.70
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Veränderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.**

213/410f (An 2)

DAK - Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
6202 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486
Rathausstr. 60-Telefon 6 490 u. 62173
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkonto: Nass. Spark. Biebrich 128 776

(Blockstempel)

Mission

DAK

Überall bewährt
Drucksache
in guten und in
so schlechten Zeiten



WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 80

226

226

226

226

An die
Gossner Mission

226

226

226

226

226

Wob. Kastel

honorenlos.

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Lubvisasburg

, am

Herrn/Frau/Fräulein Peter Vorname: Jürgen

Geboren am: 23.9.39 Anschrift: Mainz-Kastel

Firma: Goßner-Mission, Mainz-Kastel seit

Hiermit bestätigen wir, daß der / die vorgenannte Versicherte ab 1.4.60

Mitglied der DEUTSCHEN ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE ist.

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie — falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist — unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszuzahlen.



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Im Auftrag

Zur Beachtung!

I. Nachweis über die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse.

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beitrifft.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Der Arbeitgeber hat Beschäftigte, die ihm die Bescheinigung innerhalb der Meldefrist vorlegen, der Pflichtkrankenkasse nicht zu melden. Wird dem Arbeitgeber in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen, daß der Arbeitnehmer Mitglied der Ersatzkasse ist, verlängert sich die Meldefrist auf 2 Wochen. Wird die Bescheinigung nicht innerhalb dieser Frist beigebracht, so hat der Arbeitgeber die Meldung zu erstatten.

Wird die Bescheinigung erst später im Laufe der Beschäftigung beigebracht, so hat der Arbeitgeber den Beschäftigten innerhalb der Meldefrist bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Unterläßt er diese Meldung, so haftet er dem Beschäftigten für den hieraus erwachsenen Schaden.

DAK

An die

Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Wiesbaden-Biebrich

Rathausstr. 65

Betrifft.: Ihr Mitglied J. Peter

Die anliegende Beitragsrechnung für Ihr Mitglied J. Peter reichen wir Ihnen zurück. Wir legen ein Exemplar des mit Herrn Peter abgeschlossenen Praktikantenvertrages bei.

Da die Praktikantenzeit mindestens ein Jahr beträgt, entfällt die Arbeitslosen-Versicherungspflicht.

Achtachtungsvoll ✓

DAK Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich am 19. 2. 63
 (Stempel) (Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Kranken. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Zah. Biebrich	2/63		120.85		
			120.85		

Bczahlt

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 120.85
 auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Gehaltsänderungen bitten wir
 uns stets aufzugeben.**

DEUTSCHE
 ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

DAK
DAK

Überall bewährt
in guten und in
schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
KATHAUSSTR.



DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

An die
Gossner - Mission

DAK-Bestrafungsstelle
Wiesbaden-Biebrich
Kassachstr. 60 - Fernruf: 6 60 73
Geöffnet: Mo-Fr 8-13 Uhr
außer am Sonntag 16-18 Uhr
Postfachkonto: Frankfurt/M. 157 03
Bankkonto:
Nat. Landesbank Biebrich 128774

Wahl-Kartell
Kleemannstr.

Gossner
Mission
(Blockstempel)

DAK**Beitragsrechnung**

Wiesbaden-Diebrich

31. 1. 63

(Stempel)

am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Zah, Brika	1/63		120.85		
			120.85		

Bezahlt

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 120.85
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.**Gehaltsänderungen bitten wir**
stets aufzugeben.DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

27 410 f (AT 1) a/r 226/103

Mission

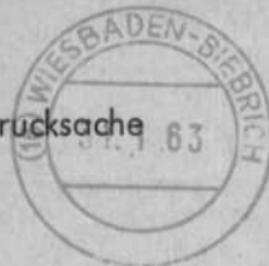
DAK Überall bewährt
in guten und in schlechten Zeiten

DAK WIESBADEN-BIEBRICH
USST.

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

DAK-Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich
Rachestraße 63 - Fernruf: 6 60 73
Schriftl. anfragen: Freitag 9 - 13 Uhr
sonstige anfragen: 16 - 18 Uhr
Telefon anrufen
Postfachkonto: Frankfurt/M. 137 03
Bankkonto:
Naff, Ländebank Biebrich 12879

Drucksache 63



An die
Gossner Mission

Wsb. Kartd

Eleonorens

Gossner (Blockstempel)
Mission



Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

20. 6. 02

(Stempel)

, am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Benne			106.55	✓	
Gehring			53.25	✓	
Heibner			118.85	✓	
Zah			93.25		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Veränderungen bitten wir
uns stets aufzugeben.**

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE



Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

13. 7. 62

(Stempel)

am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Benne	7/62	21.-			
Gebornig			53.25		
Simon			66.60		
Zäh			93.25		
		21.-	2131 0		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 234,10 auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Veränderungen bitten wir uns stets aufzugeben.

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**

DAK Überall bewährt
in guten wie in schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

(ERSATZKASSE)

SITZ HAMBURG

GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

Wiesbaden-Biebrich

Rathausstr. 60 — Fernruf: 6 60 73

Öffnungszeiten:
Montag-Freitag 9-12 Uhr
Samstag 16-18 Uhr
Sonntag geschlossen

Telefon: 137 03

Telefax: 128 774



Drucksache

Gossner - Mission

Wob. Kastel

Heinrichstr.

Gossner
(Blockstempel)
Mission

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Wi.-Biebrich 2.5.1962

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

....., am.....

XXXXXX / Frl. Siemon Vorname: Adelheid

Geboren am: 17.9.1939 Anschrift: Wi.-Kastel, Gen.-Mudra-Str.1-3

Firma: Gossner-Haus, Wi.-Kastel seit 1.5.1962
1.5.1962

Hiermit bestätigen wir, daß der / die vorgenannte Versicherte ab
Mitglied der DEUTSCHEN ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE ist.

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie — falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist — unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszuzahlen.



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Im Auftrag

§ 520 RVO, §§ 1398, 1400 RVO, §§ 120, 122 AVG, § 160 Abs. 2 AVAVG

200/520 (UN 1) (alt. 165)

Bitte Rückseite beachten!

Zur Beachtung!

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beiträgt.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Der Arbeitgeber hat Beschäftigte, die ihm die Bescheinigung innerhalb der Meldefrist vorlegen, der Pflichtkrankenkasse nicht zu melden. Wird dem Arbeitgeber in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen, daß der Arbeitnehmer Mitglied der Ersatzkasse ist, verlängert sich die Meldefrist auf 2 Wochen. Wird die Bescheinigung nicht innerhalb dieser Frist beigebracht, so hat der Arbeitgeber die Meldung zu erstatten.
Wird die Bescheinigung erst später im Laufe der Beschäftigung beigebracht, so hat der Arbeitgeber den Beschäftigten innerhalb der Meldefrist bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Unterläßt er diese Meldung, so haftet er dem Beschäftigten für den hieraus erwachsenen Schaden.
4. Nach § 53 AVAVG hat der Arbeitgeber die Einstellung und Entlassung von Arbeitnehmern binnen 3 Tagen dem zuständigen Arbeitsamt anzuzeigen.

11. August 1962

An die

Deutsche Angestellten Krankenkasse

Wiesbaden - Biebrich

Rathaus Strasse 60

Wir teilen Ihnen mit, dass Fräulein Adelheid S i e m o n
geboren am 17.9.1939, mit dem 31. Juli 1962 wegen Heirat aus unseren
Diensten ausgeschieden ist.

Hochachtungsvoll

Wly.

5. Juli 1962

An die

D A K Deutsche Angestellten - Krankenkasse

W i e s b a d e n - Biebrich

Rathausstrasse 60

Wir teilen Ihnen mit, dass mit dem 30. Juni 1962 aus unseren Diensten ausscheiden:

- 1.) Fräulen Ilse L e i b n e r, geboren am 8.10.1930
- und
- 2.) Fräulein Marie B e n n e, geboren am 24.6.1940.

Wie Ihnen Fräulein B e n n e inzwischen fernmündlich mitgeteilt hat, will sie an einem hier stattfindendem Kursus für Dienste in Übersee teilnehmen. Dieser Kursus läuft bereits ab 1. Juli und endet am 31.8.1962.

Fräulein B e n n e bittet Sie, ab 1. Juli 1962 als freiwilliges Mitglied Ihrer Kasse bleiben zu dürfen.

Den Monatsbeitrag für die freiwillige Versicherung hatten Sie Frl. Benne mit DM 21,- angegeben. Wir haben Frl. Benne den Betrag von DM 42,- (Beitrag für Juli und August 1962 heute ausbezahlt und sie gebeten ~~und~~ die Beitragszahlung mit Ihnen selbst zu regeln.

Hochachtungsvoll



DAK Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich 11. 4. 62

(Stempel)

am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Heilbmer	3/62			112.30	
"	4/62		119.85		
Zah	3/62			87.35	
"	4/62		93.25		
			213.10	199.65	

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 412.75 auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir stets aufzugeben.

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

DAK Überall bewährt
in guten und in schlechten Zeiten

WIESBADEN-BIEBRICH
RATHAUSSTR. 60

DAK

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

Wiesbaden-Biebrich

Rathausstr. 60 — Fernruf: 6 60 73

Öffnet: Montag-Freitag 9-13 Uhr
außerdem Donnerstage 16-18 Uhr
Sonntags geschlossen

Poliklinik: Frankfurt/M. 137 03

Kontokonto:
Neff Landesbank Biebrich 12877#



Drucksache

Fa.
Gossner - Mission

Wohl. Kostel

Leonorenstr.

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

W.-Biebrich, am 17.4.1962

für Herr/Frau/Frl. Benne Vorname: Marie

Geboren am: 24.6.1940 Anschrift: W.-Kastel, G.-Mudra-Str. 1-3

Firma: Gossner-Haus, W.-Kastel, Eleonorenstr. seit 16.4.1962

64

Hiermit bestätigen wir, daß der/ die vorgenannte Versicherte ab 16.4.1962

Mitglied der DEUTSCHEN ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE ist.

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie — falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist — unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszuzahlen.



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Im Auftrag

*) § 520 RVO, §§ 1398, 1400 RVO, §§ 120, 122 AVG, § 160 Abs. 2 AVAVG

Zur Beachtung!

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beitrifft.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Der Arbeitgeber hat Beschäftigte, die ihm die Bescheinigung innerhalb der Meldefrist vorlegen, der Pflichtkrankenkasse nicht zu melden. Wird dem Arbeitgeber in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen, daß der Arbeitnehmer Mitglied der Ersatzkasse ist, verlängert sich die Meldefrist auf 2 Wochen. Wird die Bescheinigung nicht innerhalb dieser Frist beigebracht, so hat der Arbeitgeber die Meldung zu erstatten.
Wird die Bescheinigung erst später im Laufe der Beschäftigung beigebracht, so hat der Arbeitgeber den Beschäftigten innerhalb der Meldefrist bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Unterläßt er diese Meldung, so haftet er dem Beschäftigten für den hieraus erwachsenen Schaden.
4. Nach § 53 AVAVG hat der Arbeitgeber die Einstellung und Entlassung von Arbeitnehmern binnen 3 Tagen dem zuständigen Arbeitsamt anzuzeigen.

BAK-Bezirksgeschäftsstelle
Wiesbaden-Biebrich

Katharinenstr. 60 — Fernruf: 6 60 73
geöffnet: montags-freitags 9-13 Uhr
außerdem Donnerstags 16-18 Uhr
sonntags geschlossen

Postfachkonto: Frankfurt/M. 137 03

Kontokonto:

Helf. Landesbank Siebold 12/87

(Blockstempel)

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

zur Aushändigung an den Arbeitgeber Kaiserslautern, am 3.4.62

für Herrn/Frau/Fräulein Gehrung Vorname: Rosemarie

Geboren am: 14.5.39 Anschrift: Mainz-Kastell, General Mudrastr.

Firma: Gosener-Mission, Mainz-Kastell, seit 1.4.62

Hiermit bestätigen wir, daß der / die vorgenannte Versicherte ab 1.1.62
Mitglied der DEUTSCHEN ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE ist.

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie — falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist — unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszuzahlen.



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Im Auftrag

Klag
(Klag)

*) § 520 RVO, §§ 1398, 1400 RVO, §§ 120, 122 AVG, § 160 Abs. 2 AVAVG

200/521 (KT 1)
falt 165/0

Bitte Rückseite beachten!

Zur Beachtung!

I. Nachweis über die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse.

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beitrifft.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Der Arbeitgeber hat Beschäftigte, die ihm die Bescheinigung innerhalb der Meldefrist vorlegen, der Pflichtkrankenkasse nicht zu melden. Wird dem Arbeitgeber in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen, daß der Arbeitnehmer Mitglied der Ersatzkasse ist, verlängert sich die Meldefrist auf 2 Wochen. Wird die Bescheinigung nicht innerhalb dieser Frist beigebracht, so hat der Arbeitgeber die Meldung zu erstatten.

Wird die Bescheinigung erst später im Laufe der Beschäftigung beigebracht, so hat der Arbeitgeber den Beschäftigten innerhalb der Meldefrist bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Unterläßt er diese Meldung, so haftet er dem Beschäftigten für den hieraus erwachsenen Schaden.

DAK - Bezirgsgefäßstelle
Kallersautern
Marktstraße 44-48 -- F. 0 51 49 54/56
Postfachkonto: Ludw. Rosen 198 36
Bankkonto: Kreispark Kallersautern 530

(Blockstempel)

DAK**Beitragsrechnung**

Wiesbaden-Biebrich

13. 3. 62

(Stempel)

am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Heibner	3/62			112.30	
Zäh				87.35	
				199.65	

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 199.65
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

Gehaltsänderungen bitten wir**stets anzugeben.**

21 110 f (AN 1) alt 226/103

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Mission

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Wsb.-Biebrich, am 22.6.61

für Herr/Frau/Fräulein Z ä h Vorname: Erika

Geboren am: 2.2.1940 Anschrift: Wsb.-Kastel, Eleonorenstr. 64

Firma: Gossner-Mission, Wsb.-Kastel seit 19.6.61

Hiermit bestätigen wir, daß der / die vorgenannte Versicherte ab 19.6.61

Mitglied der DEUTSCHEN ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE ist.

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie — falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist — unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszuzahlen.



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Im Auftrag

Zur Beachtung!

I. Nachweis über die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse.

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die bisher der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen und versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beitrifft.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Nach § 519 RVO hat der Arbeitgeber den Beschäftigten, der ihm die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse nachweist, innerhalb 3 Tagen bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Die Frist verlängert sich auf 14 Tage, wenn in den ersten 3 Tagen die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse glaubhaft nachgewiesen wird (z. B. durch die Mitgliedskarte).

ÖPK - Bezirksstellenstelle
Wiesbaden-Stetrich

Kassen-Nr. 60 - Fernruf: 6 60 73

Öffnungszeiten: Montag-Freitag 9-13 Uhr
außerdem Donnerstags 16-18 Uhr
Sonnabende geschlossen

Postfachkonto: Frankfurt/M. 137 03

Kassenkonto:

Nr. 128776 (Blockstempel)

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Ws.-Biebrich am 14.4.61

Für ~~Karl~~ /Frl. Biedermann Vorname: Karin

Geboren am: 1.9.40 Wsb.-Kastel, Eleonorenstr. 64

Firma: Gossner-Mission, Wsb.-Kastel, Eleonorenstr. 64

Hiermit bestätigen wir, daß der/die vorgenannte Versicherte ab 1.4.61 Mitglied der DEUTSCHEN ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE ist.

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie - falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist - unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszu zahlen.



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Im Auftrag

Zur Beachtung!

I. Nachweis über die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse.

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die bisher der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen und versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beitrifft.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Nach § 519 RVO hat der Arbeitgeber den Beschäftigten, der ihm die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse nachweist, innerhalb 3 Tagen bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Die Frist verlängert sich auf 14 Tage, wenn in den ersten 3 Tagen die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse glaubhaft nachgewiesen wird (z. B. durch die Mitgliedskarte).

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Ws.-Biebrich, am 14.4.61

Für ~~Herrn Frau~~ Frl. Schmidt Vorname: Barbara

Geboren am: 22.4.42 Wsb.-Kastel, Eleonorenstr. 64

Firma: Gossner-Mission, Wsb.-Kastel, Eleonorenstr. 64

Hiermit bestätigen wir, daß der/die vorgenannte Versicherte ab 1.4.61
Mitglied der DEUTSCHEN ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE ist.

Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen*) bitten wir Sie - falls ein direkter Beitragseinzug nicht vereinbart ist - unserem Mitgliede den Arbeitgeberanteil zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bei der Gehaltszahlung mit auszu- zahlen.



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Im Auftrag

*) § 520 RVO, §§ 1398, 1400 RVO, §§ 120, 122 AVG, § 160 Absatz 2 AVAVG,

Zur Beachtung!

1. Nachweis über die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse.

1. Nach § 518 RVO hat die Ersatzkasse die Pflicht, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft zur Kasse auszustellen, und zwar beim ersten Stellenantritt, bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, in den Fällen, in denen Mitglieder, die bisher der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen und versicherungspflichtig werden, und ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beiträgt.
2. Die Aushändigung dieser Bescheinigung an den Arbeitgeber befreit das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungs-Krankenkasse) (§ 517 RVO).
3. Nach § 519 RVO hat der Arbeitgeber den Beschäftigten, der ihm die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse nachweist, innerhalb 3 Tagen bei der Pflichtkrankenkasse abzumelden. Die Frist verlängert sich auf 14 Tage, wenn in den ersten 3 Tagen die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse glaubhaft nachgewiesen wird (z. B. durch die Mitgliedskarte).

4.8.65

GH-Schr

An
Hamburg-Münchener Ersatz-
kasse

65 Mainz
Schillerstr.30

Betr.: Einkommensmeldung für Herr Walter Gehrung

Auf Ihr Schreiben vom 2.8.65 teilen wir Ihnen mit,
daß es sich bei den 45.-- DM "Sonstige Bezüge" um
einen steuerfreien Zuschlag für Nacharbeit handelt.

Mit freundlichem Gruß

i.A. R. Schrade

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung · Körperschaft des öffentlichen Rechts

An die
Gossner-Mission
-Personalstelle-

6503 Mainz-Kastel
Eleonorenstraße 64

GESCHÄFTSSTELLE
65 MAINZ
SCHILLERSTRASSE 30, II.

am 2. 8. 1965

Fernsprecher: 2 72 13

Postscheckkonto:
Frankfurt/M. 69 35

Bankkonto: Städtische
Sparkasse Mainz,
Kto.-Nr. 6728

Unser Zeichen: **Schu**

Betr.: Einkommensmeldung für unser Mitglied Herr
Walter Gehring

Auf der Einkommensmeldung führen Sie unter "Sonstige Bezüge" DM 45,-- auf. Um prüfen zu können, ob dieser Betrag der Sozialversicherungspflicht unterliegt, bitten wir um Mitteilung, um welche Art von Zuwendung es sich hierbei handelt.

Für Ihre Bemühung im voraus dankend, zeichnen wir

hochachtungsvoll,
Hamburg-Münchener Ersatzkasse
Geschäftsstelle Mainz

Will

Vor- und Zuname Walter Gehrung geb. am 10.9.1934
Beschäftigt als Dakon ab 15.9.1960

Es besteht Versicherungspflicht in der Rentenversicherung der Angestellten / Arbeiter*
Arbeitszeit wöchentlich Stunden

Wird Rente aus der Rentenversicherung bezogen? 6

Bei Arbeitsunfähigkeit besteht Anspruch auf Gehalt für Wochen

Mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert?

Bruttoarbeitsverdienst ab 1. Januar 1965

1. Grundgehalt / Lohn mtl. DM 731,-

2. Ortszuschlag (Wohnungsgeld) mtl. DM

einschl. DM Unterschiedsbetrag des Wohnungsgeldes zwischen
Verheirateten und Ledigen (nur bei Angestellten im öffentlichen Dienst).

3. Sozialzulagen (Familien- u. Kinderzuschlag) mtl. DM 100,-

Sachbezüge** (Wohnung, Verpfleg., Natural. usw.) mtl. DM

5. Der Arbeitgeber übernimmt **zusätzlich** die sonst vom Arbeitnehmer zu tragenden

a) gesetzl. Arbeitnehmeranteile z. Sozialversicherung mtl. DM

b) Lohnsteuer, Kirchensteuer mtl. DM

6. Sonstige Bezüge mit Ausnahme der unter 8 u. 9 bezeichneten Zuwendungen mtl. DM 45,-

(z. B. Arbeitgeberanteil zur zusätzlichen (Art der Bezüge)
Altersversorgung über 26.- DM monatlich.)

Zusammen DM 876,-

7a) Falls rückwirkende Gehaltserhöhung:
Abschluß des Tarifvertrages am

Die erhöhten Bezüge wurden erstmalig ausgezahlt am

Nächster Steigerungsbetrag ist fällig am 19.1966

b) Bei Überschreiten der Krankenversicherungspflichtgrenze: Anmeldung zur AOK/BKK
zum Einzug der Renten- und Arbeitslosenversicherungs-Beiträge (Gruppe A) erfolgte
am zum

8. Werden außerdem **Provisionen, Verkaufsprämien, Überstundenvergütungen** oder
dergl. gewährt? ja Welcher Art? Seelensorgeauftrag

(Über die in den letzten 12 Monaten jeweils gewährten Bezüge dieser Art bitte besondere Auf-
stellung beifügen.)

Einmalige freiwillige, vertragliche oder gewohnheitsmäßige Bezüge, wie Weih-
nachts-, Urlaubsgeld, Tantiemen, 13. Monatsgehalt usw. in tatsächlicher Höhe.

Art: Weihnachtsbonus Auszahlung am 15.12.64 DM 750,-

10. Wird außerdem eine weitere Beschäftigung
(Nebenbeschäftigung) ausgeübt?

Vorheriges Arbeitsentgelt seit 1.1.1964 bis 30.11.64 mtl. DM 856,30

Soweit Krankenversicherungspflicht besteht, befindet sich die nach § 517 RVO vor-
geschriebene Mitgliedsbescheinigung in meinem/unserem* Besitz.

Kassel, den 29.7. 1965

D. Sch.

(Stempel u. Unterschrift des Arbeitgebers)

* Nichtzutreffendes bitte streichen.
** Über die örtlich festgesetzten Geldwerte der Sachbezüge gibt die Geschäftsstelle Auskunft.

Versatz von Kl. nach Kl. Stat.

Nachforderung ab Insges. DM

Bearbeitet durch:

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

II. Anfrage

Datum des Poststempels

An die
Gossner'sche Mission
-Personalstelle-

6503 Mainz-Kastel
Eleonorenstraße

Unser Zeichen:

Betr.: Gesetzlich vorgeschriebene Auskunft über Arbeitsentgelt nach
§ 520 Absatz 2 RVO und § 160 Absatz 2 AVAVG.

Sehr geehrte Herren!

Als Ersatzkasse sind wir gesetzlich verpflichtet, regelmäßig die Einkommensmeldungen unserer Mitglieder zu überprüfen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, bitten wir Sie, die umstehende Bescheinigung über Arbeitsentgelt auszufüllen und recht bald an uns zurückzusenden.

Für Ihre Bemühungen danken wir im voraus.

Mit freundlichem Gruß

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Anschrift der
Geschäftsstelle: 65 MAINZ
Schillerstraße 30
Fernsprecher: 2 72 13

Gossner
Mission

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ihr die
Gossnerische Mission

Datum des Poststempels

6503 Mainz-Kastee

Eleonorenstr. 64

Unser Zeichen:

Betr.: Gesetzlich vorgeschriebene Auskunft über Arbeitsentgelt nach
§ 520 Absatz 2 RVO und § 160 Absatz 2 AVAVG.

Sehr geehrte Herren!

Als Ersatzkasse sind wir gesetzlich verpflichtet, regelmäßig die Einkommensmeldungen unserer Mitglieder zu überprüfen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, bitten wir Sie, die umstehende Bescheinigung über Arbeitsentgelt auszufüllen und recht bald an uns zurückzusenden.

Für Ihre Bemühungen danken wir im voraus.

Mit freundlichem Gruß

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Anschrift der
Geschäftsstelle:

65 MAINZ

Schillerstraße 20

Fernspre: 0 2 2 2 3

Gossner
Mission

Vor- und Zuname Walter Geering geb. am 10.9.34
 Beschäftigt als ab
 Es besteht Versicherungspflicht in der Rentenversicherung der Angestellten / Arbeiter*
 Arbeitszeit wöchentlich Stunden
Wird Rente aus der Rentenversicherung bezogen?
 Bei Arbeitsunfähigkeit besteht Anspruch auf Gehalt für Wochen
 Mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert?

Bruttoarbeitsverdienst ab 196.....

1. Grundgehalt / Lohn mtl. DM
2. Ortszuschlag (Wohnungsgeld) mtl. DM
 einschl. DM..... Unterschiedsbetrag des Wohnungsgeldes zwischen
 Verheirateten und Ledigen (nur bei Angestellten im **öffentlichen Dienst**).
3. Sozialzulagen (Familien- u. Kinderzuschlag) mtl. DM
4. Sachbezüge** (Wohnung, Verpfleg., Natural. usw.) mtl. DM
5. Der Arbeitgeber übernimmt **zusätzlich** die sonst vom Arbeitnehmer zu tragenden
 - a) gesetzl. Arbeitnehmeranteile z. Sozialversicherung mtl. DM
 - b) Lohnsteuer, Kirchensteuer mtl. DM
6. Sonstige Bezüge mit Ausnahme der unter 8 u. 9 bezeichneten Zuwendungen mtl. DM
 (z. B. Arbeitgeberanteil zur zusätzlichen (Art der Bezüge)
 Altersversorgung über 26.— DM monatlich.)

Zusammen DM

- 7a) Falls rückwirkende Gehaltserhöhung;
 Abschluß des Tarifvertrages am
 Die erhöhten Bezüge wurden erstmalig ausgezahlt am
 Nächster Steigerungsbetrag ist fällig am
- b) Bei Überschreiten der Krankenversicherungspflichtgrenze: Anmeldung zur AOK/BKK
 zum Einzug der Renten- und Arbeitslosenversicherungs-Beiträge (Gruppe A) erfolgte
 am zum
8. Werden außerdem **Provisionen, Verkaufsprämien, Überstundenvergütungen** oder
 dergl. gewährt? Welcher Art?
 (Über die in den letzten **12 Monaten** jeweils gewährten Bezüge dieser Art bitte besondere Auf-
 stellung beifügen.)
9. Einmalige freiwillige, vertragliche oder gewohnheitsmäßige Bezüge, wie Weihnachts-,
 Urlaubsgeld, Tantiemen, 13. Monatsgehalt usw. in **tatsächlicher** Höhe.
 Art: Auszahlung am DM
10. Wird außerdem eine weitere Beschäftigung
 (Nebenbeschäftigung) ausgeübt?

Vorheriges Arbeitsentgelt seit mtl. DM

Soweit Krankenversicherungspflicht besteht, befindet sich die nach § 517 RVO vor-
 geschriebene Mitgliedsbescheinigung in meinem/ unserem * Besitz.

..... den 196.....
 (Stempel u. Unterschrift des Arbeitgebers)

* Nichtzutreffendes bitte streichen.
 ** Über die örtlich festgesetzten Geldwerte der Sachbezüge gib die Geschäftsstelle Auskunft.

Versatz von KI nach KI Stat
 Nachforderung ab Insges. DM
 Bearbeitet durch

V. 70-2-65 B1



Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung · Körperschaft des öffentlichen Rechts

An die
Gossner'sche Mission

6503 Mainz-Kastel
Eleonorenstraße 64

GESCHÄFTSSTELLE
65 MAINZ
SCHILLERSTRASSE 30, II.

am 12. MRZ. 1965

Fernsprecher: 2 72 13

Postscheckkonto:
Frankfurt/M. 69 35

Bankkonto: Städtische
Sparkasse Mainz,
Kto.-Nr. 5728

Unser Zeichen:

Betr.: Unser Mitglied Herr Walter Gehrung

Entsprechend dem uns gemeldeten Einkommen von DM 856,30 beträgt der monatliche Sozialversicherungsbeitrag ab 1. 2.1965 DM 181,05. Zuzüglich des noch offenstehenden Restbetrages von DM -,89 für Januar hätte Ihre Überweisung für Februar somit DM 181,94 betragen müssen. Da jedoch nur DM 177,75 eingezahlt wurden, stehen noch DM 4,19 zur Überweisung offen, um deren Ausgleich wir Sie mit der nächsten Zahlung bitten.

2
Hochachtungsvoll
Hamburg-Münchener Ersatzkasse
Geschäftsstelle Mainz

Will

Beitragstafel Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Beitrag							Gesamtbeitrag			Tägliches Krankengeld ²⁾ nach dem Grundlohn (§182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft		
	Arbeitsverdienst bis einschließlich DM	Grundlohn DM	Krankenversicherung			Arbeitslosenversicherung 1,3 % DM	Rentenversicherung 14 % DM	Gruppe			DM	bis 10 Jahre DM		über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM	
			7,5 % DM	Zuschlag ¹⁾ 4,5 % DM	Gruppe I KV, ALV, RV 22,8 % DM			Gruppe II KV, RV 21,5 % DM	Gruppe III KV 7,5 % DM							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
1	44,99	30,-	2,25	1,35	0,40	4,20	6,85	6,45	2,25	0,65	150,-	150,-	150,-			
2	74,99	60,-	4,50	2,70	0,80	8,40	13,70	12,90	4,50	1,30	150,-	150,-	150,-			
3	104,99	90,-	6,75	4,05	1,15	12,60	20,50	19,35	6,75	1,95	150,-	150,-	150,-			
4	134,99	120,-	9,-	5,40	1,55	16,80	27,35	25,80	9,-	2,60	150,-	150,-	160,-			
5	164,99	150,-	11,25	6,75	1,95	21,-	34,20	32,25	11,25	3,25	150,-	175,-	200,-			
6	194,99	180,-	13,50	8,10	2,35	25,20	41,05	38,70	13,50	3,90	180,-	210,-	240,-			
	224,99	210,-	15,75	9,45	2,75	29,40	47,90	45,15	15,75	4,55	210,-	245,-	280,-			
	254,99	240,-	18,-	10,80	3,10	33,60	54,70	51,60	18,-	5,20	240,-	280,-	320,-			
9	284,99	270,-	20,25	12,15	3,50	37,80	61,55	58,05	20,25	5,85	270,-	315,-	360,-			
10	314,99	300,-	22,50	13,50	3,90	42,-	68,40	64,50	22,50	6,50	300,-	350,-	400,-			
11	344,99	330,-	24,75	14,85	4,30	46,20	75,25	70,95	24,75	7,15	330,-	385,-	440,-			
12	374,99	360,-	27,-	16,20	4,70	50,40	82,10	77,40	27,-	7,80	360,-	420,-	480,-			
13	404,99	390,-	29,25	17,55	5,05	54,60	88,90	83,85	29,25	8,45	390,-	455,-	520,-			
14	434,99	420,-	31,50	18,90	5,45	58,80	95,75	90,30	31,50	9,10	420,-	490,-	560,-			
15	464,99	450,-	33,75	20,25	5,85	63,-	102,60	96,75	33,75	9,75	450,-	525,-	600,-			
16	494,99	480,-	36,-	21,60	6,25	67,20	109,45	103,20	36,-	10,40	480,-	560,-	640,-			
17	524,99	510,-	38,25	22,95	6,65	71,40	116,30	109,65	38,25	11,05	510,-	595,-	680,-			
18	554,99	540,-	40,50	24,30	7,-	75,60	123,10	116,10	40,50	11,70	540,-	630,-	720,-			
19	584,99	570,-	42,75	25,65	7,40	79,80	129,95	122,55	42,75	12,35	570,-	665,-	760,-			
20	614,99	600,-	45,-	27,-	7,80	84,-	136,80	129,-	45,-	13,-	600,-	700,-	800,-			
21	644,99	630,-	47,25	28,35	8,20	88,20	143,65	135,45	47,25	13,65	630,-	735,-	840,-			
22	660,-	660,-	49,50	29,70	8,60	92,40	150,50	141,90	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22a	674,99	660,-	49,50	29,70	8,60	92,40	150,50	141,90	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22b	704,99	690,-	49,50	29,70	8,95	96,60	155,05	146,10	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22c	734,99	720,-	49,50	29,70	9,35	100,80	159,65	150,30	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22d	764,99	750,-	49,50	29,70	9,75	105,-	164,25	154,50	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22e	794,99	780,-	49,50	29,70	9,75	109,20	168,45	158,70	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22f	824,99	810,-	49,50	29,70	9,75	113,40	172,65	162,90	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22g	854,99	840,-	49,50	29,70	9,75	117,60	176,85	167,10	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22h	884,99	870,-	49,50	29,70	9,75	121,80	181,05	171,30	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22i	914,99	900,-	49,50	29,70	9,75	126,-	185,25	175,50	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22j	944,99	930,-	49,50	29,70	9,75	130,20	189,45	179,70	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22k	974,99	960,-	49,50	29,70	9,75	134,40	193,65	183,90	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22l	1004,99	990,-	49,50	29,70	9,75	138,60	197,85	188,10	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22m	1034,99	1020,-	49,50	29,70	9,75	142,80	202,05	192,30	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22n	1064,99	1050,-	49,50	29,70	9,75	147,-	206,25	196,50	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22o	1094,99	1080,-	49,50	29,70	9,75	151,20	210,45	200,70	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22p	1124,99	1110,-	49,50	29,70	9,75	155,40	214,65	204,90	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22r	1154,99	1140,-	49,50	29,70	9,75	159,60	218,85	209,10	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
22s	1184,99	1170,-	49,50	29,70	9,75	163,80	223,05	213,30	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			
über																
22t	1184,99	1192,50	49,50	29,70	9,75	166,95	226,20	216,45	49,50	14,30	660,-	770,-	880,-			

- 1) Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger als 14 Tage erhalten.
- 2) Das Krankengeld beträgt 65 % des Grundlohnes; es erhöht sich, wenn das Mitglied Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, bei 1 Angehörigen auf 69 %, 2 Angehörigen auf 72 % und bei 3 und mehr Angehörigen auf 75 % des Grundlohnes.
- 3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Bei Totgeburten beträgt das Sterbegeld 50,- DM.

Von den Beiträgen zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung trägt der Arbeitgeber die Hälfte nach den Sätzen der zuständigen Pflichtkrankenkasse. Bei einem monatlichen Arbeitsverdienst bis zu 65,- DM übernimmt der Arbeitgeber die Beiträge zur Arbeitslosen- und Krankenversicherung in voller Höhe. Zur Rentenversicherung werden die Beiträge bis zu einem monatlichen Arbeitsverdienst von 120,- DM vom Arbeitgeber voll übernommen.

Der Arbeitgeberanteil wird dem Mitglied zusammen mit dem Gehalt ausbezahlt.
Versicherungspflichtige haben ihre Beiträge spätestens binnen einer Woche nach Gehaltszahlung zu entrichten.

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

HAUPTVERWALTUNG

Hamburg, im Januar 1965

Sehr geehrtes Mitglied!

Im Dezember vorigen Jahres teilten wir Ihnen mit, daß unsere Versichertenvertreter die Heraufsetzung der Beiträge für krankenversicherungspflichtige Mitglieder beschlossen haben. Es war beabsichtigt, die neuen Beiträge ab 1. Januar 1965 zu erheben. Das Bundesversicherungsamt hat die Heraufsetzung des ungekürzten Beitragssatzes noch nicht genehmigt. Ihr Beitrag bleibt deshalb unverändert.

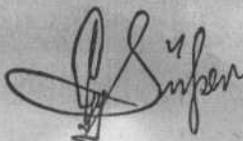
Prüfen Sie dennoch bitte anhand der umseitig abgedruckten Tabelle, ob der von Ihnen gegenwärtig gezahlte Beitrag Ihrem Arbeitsentgelt entspricht. Sollte das nicht der Fall sein, bitten wir Sie, uns sofort Ihr neues Gehalt aufzugeben.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre

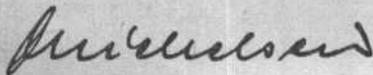
Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Der Vorsitzende des Vorstandes

Der Geschäftsführer



Süßer



Michelsen

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

GESCHÄFTSSTELLE MAINZ
6500 MAINZ, SCHILLERSTRASSE 30, II.

am 17. 4. 1964

An das
Gossner - Haus

6503 Mainz-Kastel

Fernsprecher: 2 72 13

Postscheckkonto:
Frankfurt/M. 69 35

Bankkonto:
Städt. Sparkasse, Nr. 57 28

Unser Zeichen: **Schu**

Betr.: Sozialversicherungsbeitrag für unser Mitglied
Herr Walter Gehrung

Entsprechend dem uns gemeldeten Einkommen von DM 853,40
beträgt ab 1.1.1964 der monatliche Beitrag DM 173,55.

Gezahlt wurden:

Monat	Januar	DM 178,50		
"	Februar	DM 178,50		
"	März	DM 175,80	=	DM 532,80

Zu Zahlen waren:

Monat	Januar	DM 173,55		
"	Februar	DM 173,55		
"	März	DM 173,55	=	DM 520,65

sodaß zuviel gezahlt sind DM 12,25
=====

Wir bitten Sie, dieses Guthaben bei der nächsten Überweisung abzusetzen und darauf zu achten, daß die übernächste Zahlung DM 173,55 beträgt.

Hochachtungsvoll.

Hamburg-Münchener Ersatzkasse
Geschäftsstelle Mainz

Witzl

*Telefonat erledigt
der Beitrag beträgt
DM 177,75*

Gossner
Mission

Kassenstunden: montags bis freitags 9-13 Uhr, außerdem mittwochs 15-18 Uhr

Abheften unter "Sozialversicherungen" b

Mitgliedsbescheinigung

Herr/Frau/Frl. Marlis Gattermann..... geb. am 16.8.43.....

ist seit ~~00~~ xx 1.6.62..... Mitglied unserer Ersatzkasse und somit gemäß § 517 RVO von der Mitgliedschaft bei der zuständigen Pflichtkasse (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkasse) befreit.

Besteht bereits bei der Pflichtkasse eine Versicherung, so ist diese innerhalb von drei Tagen durch den Arbeitgeber zu kündigen.

Unsere Ersatzkasse ist gesetzlich verpflichtet, von allen krankenversicherungspflichtigen Mitgliedern die Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung in einer Summe zu erheben. Für die Tätigkeit bei dem umstehend genannten Arbeitgeber werden die Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung ab 1.2.1964..... von unserer Kasse eingezogen.

Der Arbeitgeber ist nach § 520 RVO gehalten, seinen Anteil am Sozialversicherungsbeitrag mit den Gehaltsbezügen an den Versicherten auszuzahlen.

Wuppertal-Ba., den 3.2.64

(Ort und Tag)

Hambur-Münchener Ersatzkasse
Wuppertal
Geschäftsstelle
(Stempel und Unterschrift)

WICHTIG! Diese Bescheinigung ist vom Arbeitgeber den Personalunterlagen beizufügen.

POSTKARTE

Titl.

Gossner-Mission
Mainz-Kastel

65

Mainz-Kastel

Johannes-Gossnerstr.

14

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

56 Wuppertal - Barmen

Emil-Rittershaus-Str. 7A

(Anschrift der Gst.)

Gossner
Mission

Gültig ab 1.9.1963

Beitragstafel

Abteilung B — Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monats-einkommen ¹⁾ bis einschließlich DM	Monatsbeitrag für Versicherte			ohne Ruhen des An- spruches DM	Krankengeld ²⁾			Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft						
		ohne a DM	mit 1—2 b DM	mit 3 und mehr c DM		ab 43. Tag DM	ab 85. Tag DM	ab 183. Tag DM	bis 3 Jahre DM	über 3 Jahre DM	über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM			
													Familienangehörige(n)		
													der Arbeitsunfähigkeit		
27	Beamtenanwörter usw.	15,—	20,—	23,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—				
28	200,—	20,—	25,—	28,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—				
29	500,—	26,—	36,—	39,—	—	—	—	235,—	350,—	410,—	465,—				
30	über 500,—	34,—	46,—	50,—	—	—	—	440,—	660,—	770,—	880,—				
Versicherungsklassen B 31 und 32 nur für Angestellte, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.															
31	über 660,—	36,—	48,—	52,—	14,—	16,—	17,50	21,—	440,—	660,—	770,—	880,—			
32	„ 660,—	38,—	50,—	54,—	17,—	19,—	20,50	25,—	440,—	660,—	770,—	880,—			

1) Bei der Einstufung in die Versicherungsklassen gelten die Bestimmungen für Nichtversicherungspflichtige (§ 8 II Ziffer 1—12 der Vers.-Beding.). Selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige werden in der Klasse B 30, nicht mehr berufstätige Ehefrauen in der Klasse B 29 versichert.

Beamtenanwörter, Dienstanfänger, Schüler, Studenten und andere in der Ausbildung für einen Angestelltenberuf befindliche Mitglieder, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, werden in die Versicherungsklasse B 27 eingestuft, solange ihre Einkünfte (Unterhaltsbezüge) den Betrag von 300,— DM monatlich, in B 28, wenn die Einkünfte 400,— DM monatlich nicht übersteigen.

2) Krankengeld wird bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung von dem Tage an gewährt, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, im übrigen von dem darauffolgenden Tage an.

Das erhöhte Krankengeld in den Versicherungsklassen B 31 und 32 wird gewährt, wenn der Krankengeldanspruch wegen Bezuges von Arbeitsentgelt bis zu den genannten Zeitpunkten geruht hat.

Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Gültig ab 1.9.1963

Beitragstafel

Abteilung P — Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Versicherungsklasse	Monatsbeitrag				ohne Ruhen des An- spruches DM	Krankengeld ¹⁾			Sterbegeld ²⁾ bei einer Mitgliedschaft						
	ohne a DM	mit 1—2 b DM	mit 3 und mehr c DM	Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person DM		ab 43. Tag DM	ab 85. Tag DM	ab 183. Tag DM	bis 3 Jahre DM	über 3 Jahre DM	über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM			
													für Versicherte		
													Familienangehörige(n)		
40	32,—	46,—	56,—	15,—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—				
41	36,—	50,—	60,—	15,—	17,—	19,—	20,50	400,—	600,—	700,—	800,—				

1) Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

2) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Die Beiträge sind am ersten Werktag des Monats fällig und bis zum 25. d. Mts. einzuzahlen.

Beitragstafel

Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Monatlicher							Tägliches Kranken- geld ²⁾ nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeits- verdienst bis ein- schließlich	Grund- lohn	Kranken- versicherung		Arb.- losen- ver- siche- rung 1,3 %	Renten- ver- siche- rung 14 %	Gesamtbeitrag				bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
			Zu- schlag ¹⁾ 4 %	7 %			Gruppe I KV. ALV. RV. 22,3 %	Gruppe II KV. RV. 21 %	Gruppe III KV. RV. 7 %					
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM		DM	DM	DM	DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	45,—	30,—	2,10	1,20	0,40	4,20	6,70	6,30	2,10	0,65	150,—	150,—	150,—	150,—
2	75,—	60,—	4,20	2,40	0,80	8,40	13,40	12,60	4,20	1,30	150,—	150,—	150,—	150,—
3	105,—	90,—	6,30	3,60	1,15	12,60	20,05	18,90	6,30	1,95	150,—	150,—	150,—	150,—
4	135,—	120,—	8,40	4,80	1,55	16,80	26,75	25,20	8,40	2,60	150,—	150,—	150,—	150,—
5	165,—	150,—	10,50	6,—	1,95	21,—	33,45	31,50	10,50	3,25	150,—	150,—	175,—	150,—
6	195,—	180,—	12,60	7,20	2,35	25,20	40,15	37,80	12,60	3,90	150,—	180,—	210,—	240,—
7	225,—	210,—	14,70	8,40	2,75	29,40	46,85	44,10	14,70	4,55	150,—	210,—	245,—	280,—
8	254,99	240,—	16,80	9,60	3,10	33,60	53,50	50,40	16,80	5,20	160,—	240,—	280,—	320,—
9	284,99	270,—	18,90	10,80	3,50	37,80	60,20	56,70	18,90	5,85	180,—	270,—	315,—	360,—
10	314,99	300,—	21,—	12,—	3,90	42,—	66,90	63,—	21,—	6,50	200,—	300,—	350,—	400,—
11	344,99	330,—	23,10	13,20	4,30	46,20	73,60	69,30	23,10	7,15	220,—	330,—	385,—	440,—
12	374,99	360,—	25,20	14,40	4,70	50,40	80,30	75,60	25,20	7,80	240,—	360,—	420,—	480,—
13	404,99	390,—	27,30	15,60	5,05	54,60	86,95	81,90	27,30	8,45	260,—	390,—	455,—	520,—
14	434,99	420,—	29,40	16,80	5,45	58,80	93,65	88,20	29,40	9,10	280,—	420,—	490,—	560,—
15	464,99	450,—	31,50	18,—	5,85	63,—	100,35	94,50	31,50	9,75	300,—	450,—	525,—	600,—
16	494,99	480,—	33,60	19,20	6,25	67,20	107,05	100,80	33,60	10,40	320,—	480,—	560,—	640,—
17	524,99	510,—	35,70	20,40	6,65	71,40	113,75	107,10	35,70	11,05	340,—	510,—	595,—	680,—
18	554,99	540,—	37,80	21,60	7,—	75,60	120,40	113,40	37,80	11,70	360,—	540,—	630,—	720,—
19	584,99	570,—	39,90	22,80	7,40	79,80	127,10	119,70	39,90	12,35	380,—	570,—	665,—	760,—
20	614,99	600,—	42,—	24,—	7,80	84,—	133,80	126,—	42,—	13,—	400,—	600,—	700,—	800,—
21	644,99	630,—	44,10	25,20	8,20	88,20	140,50	132,30	44,10	13,65	420,—	630,—	735,—	840,—
22	674,99	660,—	46,20	26,40	8,60	92,40	147,20	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22a	674,99	660,—	46,20	26,40	8,60	92,40	147,20	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22b	704,99	690,—	46,20	26,40	8,95	96,60	151,75	142,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22c	734,99	720,—	46,20	26,40	9,35	100,80	156,35	147,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22d	764,99	750,—	46,20	26,40	9,75	105,—	160,95	151,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22e	794,99	780,—	46,20	26,40	9,75	109,20	165,15	155,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22f	824,99	810,—	46,20	26,40	9,75	113,40	169,35	159,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22g	854,99	840,—	46,20	26,40	9,75	117,60	173,55	163,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22h	884,99	870,—	46,20	26,40	9,75	121,80	177,75	168,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22i	914,99	900,—	46,20	26,40	9,75	126,—	181,95	172,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22k	944,99	930,—	46,20	26,40	9,75	130,20	186,15	176,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22l	974,99	960,—	46,20	26,40	9,75	134,40	190,35	180,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22m	1004,99	990,—	46,20	26,40	9,75	138,60	194,55	184,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22n	1034,99	1020,—	46,20	26,40	9,75	142,80	198,75	189,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22o	1064,99	1050,—	46,20	26,40	9,75	147,—	202,95	193,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22p	1094,99	1080,—	46,20	26,40	9,75	151,20	207,15	197,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22q	1094,99	1098,—	46,20	26,40	9,75	153,70	209,65	199,90	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—

- Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger als 14 Tage erhalten.
- Das Krankengeld beträgt 65 % des Grundlohnes; es erhöht sich, wenn das Mitglied Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, bei 1 Angehörigen auf 69 %, 2 Angehörigen auf 72 % und bei 3 und mehr Angehörigen auf 75 % des Grundlohnes.
- Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Bei Totgeburten beträgt das Sterbegeld 50,— DM.

Versicherungspflichtige haben ihre Beiträge spätestens binnen einer Woche nach Gehaltszahlung zu entrichten. Von den Beiträgen zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung trägt der Arbeitgeber die Hälfte nach den Sätzen der zuständigen Pflichtkrankenkasse. Bei einem monatlichen Arbeitsverdienst bis zu 65,— DM übernimmt der Arbeitgeber die Beiträge zur Arbeitslosen- und Krankenversicherung in voller Höhe. Zur Rentenversicherung werden die Beiträge bis zu einem monatlichen Arbeitsverdienst von 110,— DM vom Arbeitgeber voll übernommen. Der Arbeitgeberanteil wird dem Mitglied zusammen mit dem Gehalt ausbezahlt.

An die
Hamburg-Münchener
Ersatzkasse

29.1.1964

M a i n z

Betr.: Ihr Mitglied Walter Gehrung, geb.am 10.9.34 in Aalen.

Ab 1.Januar 1964 ergibt sich folgendes neue ~~Brutto~~ Brutto 856,30DM

Die Sachbezüge Kost+Wohnung betragen - 232,20DM

Bar brutto ohne Sachbezüge 624,10DM

Bisheriges Bar brutto betrug bis 31.12.63 776,30DM

Bei einem monatl. Einkommen
von DM 749.99 beträgt der
monatl. Beitrag DM 167.70.
Rest Sept: DM -.60.

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Geschäftsstelle Mainz

1/1/1968

Beitragstafel

Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher			Monatlicher							Tägliches Krankengeld ²⁾ nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft									
	Arbeitsverdienst bis einschließlich	Grundlohn	Beitrag			Gesamtbeitrag			KV. RV.	KV. RV.		KV. RV.	bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre					
			Krankenversicherung	Arbeitslosenversicherung	Rentenversicherung	Gruppe I KV. ALV. RV.	Gruppe II KV. RV.	Gruppe III KV. RV.									7 %	14 %	22,4 %	21 %	7 %
DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
1	45,—	30,—	2,10	1,20	0,40	4,20	6,70	6,30	2,10	0,65	150,—	150,—	150,—	150,—							
2	75,—	60,—	4,20	2,40	0,85	8,40	13,45	12,60	4,20	1,30	150,—	150,—	150,—	150,—							
3	105,—	90,—	6,30	3,60	1,25	12,60	20,15	18,90	6,30	1,95	150,—	150,—	150,—	150,—							
4	135,—	120,—	8,40	4,80	1,70	16,80	26,90	25,20	8,40	2,60	150,—	150,—	150,—	160,—							
5	165,—	150,—	10,50	6,—	2,10	21,—	33,60	31,50	10,50	3,25	150,—	150,—	175,—	200,—							
6	195,—	180,—	12,60	7,20	2,50	25,20	40,30	37,80	12,60	3,90	150,—	180,—	210,—	240,—							
7	225,—	210,—	14,70	8,40	2,95	29,40	47,05	44,10	14,70	4,55	150,—	210,—	245,—	280,—							
8	254,99	240,—	16,80	9,60	3,35	33,60	53,75	50,40	16,80	5,20	160,—	240,—	280,—	320,—							
9	284,99	270,—	18,90	10,80	3,80	37,80	60,50	56,70	18,90	5,85	180,—	270,—	315,—	360,—							
10	314,99	300,—	21,—	12,—	4,20	42,—	67,20	63,—	21,—	6,50	200,—	300,—	350,—	400,—							
11	344,99	330,—	23,10	13,20	4,60	46,20	73,90	69,30	23,10	7,15	220,—	330,—	385,—	440,—							
12	374,99	360,—	25,20	14,40	5,05	50,40	80,65	75,60	25,20	7,80	240,—	360,—	420,—	480,—							
13	404,99	390,—	27,30	15,60	5,45	54,60	87,35	81,90	27,30	8,45	260,—	390,—	455,—	520,—							
14	434,99	420,—	29,40	16,80	5,90	58,80	94,10	88,20	29,40	9,10	280,—	420,—	490,—	560,—							
15	464,99	450,—	31,50	18,—	6,30	63,—	100,80	94,50	31,50	9,75	300,—	450,—	525,—	600,—							
16	494,99	480,—	33,60	19,20	6,70	67,20	107,50	100,80	33,60	10,40	320,—	480,—	560,—	640,—							
17	524,99	510,—	35,70	20,40	7,15	71,40	114,25	107,10	35,70	11,05	340,—	510,—	595,—	680,—							
18	554,99	540,—	37,80	21,60	7,55	75,60	120,95	113,40	37,80	11,70	360,—	540,—	630,—	720,—							
19	584,99	570,—	39,90	22,80	8,—	79,80	127,70	119,70	39,90	12,35	380,—	570,—	665,—	760,—							
20	614,99	600,—	42,—	24,—	8,40	84,—	134,40	126,—	42,—	13,—	400,—	600,—	700,—	800,—							
21	644,99	630,—	44,10	25,20	8,80	88,20	141,10	132,30	44,10	13,65	420,—	630,—	735,—	840,—							
22	660,—	660,—	46,20	26,40	9,25	92,40	147,85	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22a	674,99	660,—	46,20	26,40	9,25	92,40	147,85	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22b	704,99	690,—	46,20	26,40	9,65	96,60	152,45	142,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22c	734,99	720,—	46,20	26,40	10,10	100,80	157,10	147,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22d	764,99	750,—	46,20	26,40	10,50	105,—	161,70	151,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22e	794,99	780,—	46,20	26,40	10,50	109,20	165,90	155,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22f	824,99	810,—	46,20	26,40	10,50	113,40	170,10	159,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22g	854,99	840,—	46,20	26,40	10,50	117,60	174,30	163,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22h	884,99	870,—	46,20	26,40	10,50	121,80	178,50	168,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22i	914,99	900,—	46,20	26,40	10,50	126,—	182,70	172,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22k	944,99	930,—	46,20	26,40	10,50	130,20	186,90	176,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							
22l über	944,99	948,—	46,20	26,40	10,50	132,70	189,40	178,90	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—							

- 1) Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger als 14 Tage erhalten.
- 2) Das Krankengeld beträgt 65 % des Grundlohnes; es erhöht sich, wenn das Mitglied Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, bei 1 Angehörigen auf 69 %, 2 Angehörigen auf 72 % und bei 3 und mehr Angehörigen auf 75 % des Grundlohnes.
- 3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Bei Totgeburten beträgt das Sterbegeld 50,— DM.

Die Beiträge sind am ersten Werktag des Monats fällig und bis zum 25. d. Mts. einzuzahlen. Versicherungspflichtige haben ihre Beiträge spätestens binnen einer Woche nach Gehaltszahlung zu entrichten.

Von den Beiträgen zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung trägt der Arbeitgeber die Hälfte nach den Sätzen der zuständigen Pflichtkrankenkasse. Bei einem monatlichen Arbeitsverdienst bis zu 65,— DM übernimmt der Arbeitgeber die Beiträge zur Arbeitslosen- und Krankenversicherung in voller Höhe. Zur Rentenversicherung werden die Beiträge bis zu einem monatlichen Arbeitsverdienst von 95,— DM vom Arbeitgeber voll übernommen.

Der Arbeitgeberanteil wird dem Mitglied zusammen mit dem Gehalt ausgezahlt.

Gültig ab 1.10.1961

Beitragstafel

Abteilung B – Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monats-einkommen ¹⁾ bis einschließlich DM	Monatsbeitrag			ohne Ruhe des An- spruches DM	Krankengeld ²⁾			Sterbegeld ³⁾				
		für Versicherte				DM	ab 43. Tag DM	ab 85. Tag DM	ab 183. Tag DM	bei einer Mitgliedschaft			
		ohne	mit 1–2	mit 3						bis 3 Jahre DM	über 3 Jahre DM	über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM
		Familienangehörige(n)											
		a	b	c		der Arbeitsfähigkeit							
		DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	
27	Beamtenanwärtler usw.	12,—	17,—	20,—	—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
28	200,—	17,—	22,—	25,—	—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
29	500,—	22,—	31,—	34,—	—	—	—	—	235,—	350,—	410,—	465,—	
30	über 500,—	30,—	41,—	45,—	—	—	—	—	440,—	660,—	770,—	880,—	
Versicherungsklassen B 31 und 32 nur für Angestellte, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.													
31	über 660,—	32,—	43,—	47,—	14,—	16,—	17,50	21,—	440,—	660,—	770,—	880,—	
32	„ 660,—	34,—	45,—	49,—	17,—	19,—	20,50	25,—	440,—	660,—	770,—	880,—	

1) Bei der Einstufung in die Versicherungsklassen gelten die Bestimmungen für Nichtversicherungspflichtige (§ 8 II Ziffer 1–12 der Vers.-Beding.). Selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige werden in der Klasse B 30, nicht mehr berufstätige Ehefrauen in der Klasse B 29 versichert.

Beamtenanwärtler, Dienstanfänger, Schüler, Studenten und andere in der Ausbildung für einen Angestelltenberuf befindliche Mitglieder, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, werden in die Versicherungsklasse B 27 eingestuft, solange ihre Einkünfte (Unterhaltsbezüge) den Betrag von 300,— DM monatlich nicht übersteigen.

2) Krankengeld wird bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung von dem Tage an gewährt, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, im übrigen von dem darauffolgenden Tage an.

Das erhöhte Krankengeld in den Versicherungsklassen B 31 und 32 wird gewährt, wenn der Krankengeldanspruch wegen Bezuges von Arbeitsentgelt bis zu den genannten Zeitpunkten geruht hat.

Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Gültig ab 1.10.1961

Beitragstafel

Abteilung P — Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Versicherungsklasse	Monatsbeitrag				Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person DM	ohne Ruhe des An- spruches DM	Krankengeld ¹⁾			Sterbegeld ²⁾				
	für Versicherte			DM			DM	ab 43. Tag DM	ab 85. Tag DM	ab 183. Tag DM	bei einer Mitgliedschaft			
	ohne	mit 1–2	mit 3								bis 3 Jahre DM	über 3 Jahre DM	über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM
	Familienangehörige(n)													
	a	b	c			der Arbeitsunfähigkeit								
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM		
40	28,—	41,—	51,—	15,—	—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—		
41	32,—	45,—	55,—	15,—	17,—	19,—	20,50	25,—	400,—	600,—	700,—	800,—		

1) Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

2) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Mitgliedsbescheinigung

Herr/Frau/Frl.

Marlis Gattermann geb. am *16.8.43*

ist seit/ab

1.6.67

Mitglied unserer Ersatzkasse und somit gemäß § 517 RVO von der Mitgliedschaft bei der zuständigen Pflichtkasse (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkasse) befreit.

Besteht bereits bei der Pflichtkasse eine Versicherung, so ist diese innerhalb von drei Tagen durch den Arbeitgeber zu kündigen.

Unsere Ersatzkasse ist gesetzlich verpflichtet, von allen krankenversicherungspflichtigen Mitgliedern die Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung in einer Summe zu erheben. Für die Tätigkeit bei dem umstehend genannten Arbeitgeber werden die Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung ab *1.6.67* von unserer Kasse eingezogen.

Der Arbeitgeber ist nach § 520 RVO gehalten, seinen Anteil am Sozialversicherungsbeitrag mit den Gehaltsbezügen an den Versicherten auszuzahlen.

Hamburg-Münchener Ersatzkasse
Geschäftsstelle Mainz

Mainz, den 4.6.67

(Ort und Tag)

[Handwritten Signature]

(Stempel und Unterschrift)

WICHTIG! Diese Bescheinigung ist vom Arbeitgeber den Personalunterlagen beizufügen.



114 20000 6. 61

POSTKARTE

H. 100

*Gossner-Haus
Personalstelle*

○ *Mainz-Kastel*

*General-Matrea-
H. 1 - 3*

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

MAINZ

Schillerstraße 30

(Anschrift der Gst.)

 Gossner
Mission

Beitragstafel

Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Monatlicher							Tägliches Krankengeld ²⁾ nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeitsverdienst bis einschließlich	Grundlohn	Beitrag			Gesamtbeitrag			bis 3 Jahre		über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre	
			Krankenversicherung	Zuschlag ¹⁾	Arbeitslosenversicherung	Rentenversicherung	Gruppe I KV. ALV. RV. 22,4 % DM	Gruppe II KV. — RV. 21 % DM						Gruppe III KV. — RV. 7 % DM
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	45,—	30,—	2,10	0,85	0,40	4,20	6,70	6,30	2,10	0,65	150,—	150,—	150,—	150,—
2	75,—	60,—	4,20	1,70	0,85	8,40	13,45	12,60	4,20	1,30	150,—	150,—	150,—	150,—
3	105,—	90,—	6,30	2,50	1,25	12,60	20,15	18,90	6,30	1,95	150,—	150,—	150,—	150,—
	135,—	120,—	8,40	3,35	1,70	16,80	26,90	25,20	8,40	2,60	150,—	150,—	150,—	160,—
	165,—	150,—	10,50	4,20	2,10	21,—	33,60	31,50	10,50	3,25	150,—	150,—	175,—	200,—
6	195,—	180,—	12,60	5,05	2,50	25,20	40,30	37,80	12,60	3,90	150,—	180,—	210,—	240,—
7	225,—	210,—	14,70	5,90	2,95	29,40	47,05	44,10	14,70	4,55	150,—	210,—	245,—	280,—
8	254,99	240,—	16,80	6,70	3,35	33,60	53,75	50,40	16,80	5,20	160,—	240,—	280,—	320,—
9	284,99	270,—	18,90	7,55	3,80	37,80	60,50	56,70	18,90	5,85	180,—	270,—	315,—	360,—
10	314,99	300,—	21,—	8,40	4,20	42,—	67,20	63,—	21,—	6,50	200,—	300,—	350,—	400,—
11	344,99	330,—	23,10	9,25	4,60	46,20	73,90	69,30	23,10	7,15	220,—	330,—	385,—	440,—
12	374,99	360,—	25,20	10,10	5,05	50,40	80,65	75,60	25,20	7,80	240,—	360,—	420,—	480,—
13	404,99	390,—	27,30	10,90	5,45	54,60	87,35	81,90	27,30	8,45	260,—	390,—	455,—	520,—
14	434,99	420,—	29,40	11,75	5,90	58,80	94,10	88,20	29,40	9,10	280,—	420,—	490,—	560,—
15	464,99	450,—	31,50	12,60	6,30	63,—	100,80	94,50	31,50	9,75	300,—	450,—	525,—	600,—
16	494,99	480,—	33,60	13,45	6,70	67,20	107,50	100,80	33,60	10,40	320,—	480,—	560,—	640,—
17	524,99	510,—	35,70	14,30	7,15	71,40	114,25	107,10	35,70	11,05	340,—	510,—	595,—	680,—
18	554,99	540,—	37,80	15,10	7,55	75,60	120,95	113,40	37,80	11,70	360,—	540,—	630,—	720,—
19	584,99	570,—	39,90	15,95	8,—	79,80	127,70	119,70	39,90	12,35	380,—	570,—	665,—	760,—
20	614,99	600,—	42,—	16,80	8,40	84,—	134,40	126,—	42,—	13,—	400,—	600,—	700,—	800,—
21	644,99	630,—	44,10	17,65	8,80	88,20	141,10	132,30	44,10	13,65	420,—	630,—	735,—	840,—
22	660,—	660,—	46,20	18,50	9,25	92,40	147,85	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22a	674,99	660,—	46,20	18,50	9,25	92,40	147,85	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22b	704,99	690,—	46,20	18,50	9,65	96,60	152,45	142,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22c	734,99	720,—	46,20	18,50	10,10	100,80	157,10	147,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22d	764,99	750,—	46,20	18,50	10,50	105,—	161,70	151,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22e	794,99	780,—	46,20	18,50	10,50	109,20	165,90	155,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22f	824,99	810,—	46,20	18,50	10,50	113,40	170,10	159,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22g	854,99	840,—	46,20	18,50	10,50	117,60	174,30	163,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22h	884,99	870,—	46,20	18,50	10,50	121,80	178,50	168,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22i	914,99	900,—	46,20	18,50	10,50	126,—	182,70	172,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22k	944,99	930,—	46,20	18,50	10,50	130,20	186,90	176,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
über														
22l	944,99	948,—	46,20	18,50	10,50	132,70	189,40	178,90	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—

- 1) Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger als 14 Tage erhalten.
- 2) Das Krankengeld beträgt 65 % des Grundlohnes; es erhöht sich, wenn das Mitglied Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, bei 1 Angehörigen auf 69 %, 2 Angehörigen auf 72 % und bei 3 und mehr Angehörigen auf 75 % des Grundlohnes.
- 3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Bei Totgeburten beträgt das Sterbegeld 50,— DM.

Die Beiträge sind am ersten Werktag des Monats fällig und bis zum 25. d. Mts. einzuzahlen. Versicherungs-pflichtige haben ihre Beiträge spätestens binnen einer Woche nach Gehaltszahlung zu entrichten.

Von den Beiträgen zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung trägt der Arbeitgeber die Hälfte nach den Sätzen der zuständigen Pflichtkrankenkasse. Bei einem monatlichen Arbeitsverdienst bis zu 65,— DM übernimmt der Arbeitgeber die Beiträge zur Arbeitslosen- und Krankenversicherung in voller Höhe. Zur Rentenversicherung werden die Beiträge bis zu einem monatlichen Arbeitsverdienst von 95,— DM vom Arbeitgeber voll übernommen.

Der Arbeitgeberanteil wird dem Mitglied zusammen mit dem Gehalt ausgezahlt.

Gültig ab 1.10.1961

Beitragstafel

Abteilung B – Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungs- klasse	Monats- einkommen ¹⁾ bis einschließlich	Monatsbeitrag			ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld ²⁾			Sterbegeld ²⁾			
		für Versicherte				ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft			
		ohne	mit 1—2	mit 3					bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
		Familienangehörige(n)										
a	b	c	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM		
27	Beamtenan- wärter usw.	12,—	17,—	20,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
28	200,—	17,—	22,—	25,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
29	500,—	22,—	31,—	34,—	—	—	—	235,—	350,—	410,—	465,—	
30	über 500,—	30,—	41,—	45,—	—	—	—	440,—	660,—	770,—	880,—	
Versicherungsklassen B 31 und 32 nur für Angestellte, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.												
31	über 660,—	32,—	43,—	47,—	14,—	16,—	17,50	21,—	440,—	660,—	770,—	880,—
32	„ 660,—	34,—	45,—	49,—	17,—	19,—	20,50	25,—	440,—	660,—	770,—	880,—

- 1) Bei der Einstufung in die Versicherungsklassen gelten die Bestimmungen für Nichtversicherungspflichtige (§ 8 II Ziffer 1—12 der Vers.-Beding.). Selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige werden in der Klasse B 30, nicht mehr berufstätige Ehefrauen in der Klasse B 29 versichert.
Beamtenanwärter, Dienstanfänger, Schüler, Studenten und andere in der Ausbildung für einen Angestelltenberuf befindliche Mitglieder, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, werden in die Versicherungsklasse B 27 eingestuft, solange ihre Einkünfte (Unterhaltsbezüge) den Betrag von 300,— DM monatlich nicht übersteigen.
- 2) Krankengeld wird bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung von dem Tage an gewährt, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, im übrigen von dem darauffolgenden Tage an.
Das erhöhte Krankengeld in den Versicherungsklassen B 31 und 32 wird gewährt, wenn der Krankengeldanspruch wegen Bezuges von Arbeitsentgelt bis zu den genannten Zeitpunkten geruht hat.
Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.
Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie Überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.
- 3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Gültig ab 1.10.1961

Beitragstafel

Abteilung P — Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Versicherungs- klasse	Monatsbeitrag			Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld ¹⁾			Sterbegeld ²⁾			
	für Versicherte					ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft			
	ohne	mit 1—2	mit 3						bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
	Familienangehörige(n)											
a	b	c	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM		
40	28,—	41,—	51,—	15,—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—	
41	32,—	45,—	55,—	15,—	17,—	19,—	20,50	25,—	400,—	600,—	700,—	800,—

- 1) Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.
Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie Überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.
- 2) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Datum

Herrn
Walter Gehring
Mainz-Kastel
General Müdusa Str. 1-3

Sehr geehrtes Mitglied!

Gewiß werden Sie es lediglich übersehen haben, Ihren Beitrag rechtzeitig an uns abzuführen. Dennoch können wir nicht umhin, Sie an die Begleichung des inzwischen rückständig gewordenen Betrages zu erinnern.

Wenngleich wir uns nur ungern dieser Aufgabe unterziehen, so hoffen wir doch, Ihnen damit einen Dienst zu erweisen, indem wir Sie auf die Gefahr des weiteren Ansteigens Ihres Beitragsrückstandes aufmerksam machen.

Zahlen Sie also bitte umgehend den unten aufgeführten Betrag ein. Sie ersparen dadurch sich und uns weitere Kosten und Unannehmlichkeiten.

Mit freundlichem Gruß

Ihre

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

19.11.61

Beitrag für *Ok.* DM 1.60
Nov. DM 1.60
Säumniszuschlag DM
Porto DM
DM 3.20

Überweisungen erbitten wir an:

Postsch.-Kto.: Frankfurt/M., 6935
Bankkto.: Städt. Spark. Mainz, 5728

Bitte beachten Sie: Die Beiträge sind am ersten Werktag des Monats fällig und bis zum 25. des Monats zu zahlen. Versicherungspflichtige haben ihre Beiträge spätestens binnen einer Woche nach Gehaltsempfang zu entrichten.

Der monatliche Beitrag beträgt ab 1.10.61 in 113.40.

Beitragstafel

Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Monatlicher							Tägliches Krankengeld ²⁾ nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeitsverdienst bis einschließlich	Grundlohn	Beitrag			Gesamtbeitrag					bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
			Krankenversicherung	Zuschlag ¹⁾	Arbeitslosenversicherung	Rentenversicherung	Gruppe I KV. ALV. RV. 23 %	Gruppe II KV. — RV. 21 %	Gruppe III KV. — RV. 7,0 %					
1	45,—	30,—	2,10	0,85	0,60	4,20	6,90	6,30	2,10	0,65	150,—	150,—	150,—	150,—
2	75,—	60,—	4,20	1,70	1,20	8,40	13,80	12,60	4,20	1,30	150,—	150,—	150,—	150,—
3	105,—	90,—	6,30	2,50	1,80	12,60	20,70	18,90	6,30	1,95	150,—	150,—	150,—	150,—
4	135,—	120,—	8,40	3,35	2,40	16,80	27,60	25,20	8,40	2,60	150,—	150,—	150,—	160,—
5	165,—	150,—	10,50	4,20	3,—	21,—	34,50	31,50	10,50	3,25	150,—	150,—	175,—	200,—
6	195,—	180,—	12,60	5,05	3,60	25,20	41,40	37,80	12,60	3,90	150,—	180,—	210,—	240,—
7	225,—	210,—	14,70	5,90	4,20	29,40	48,30	44,10	14,70	4,55	150,—	210,—	245,—	280,—
8	254,99	240,—	16,80	6,70	4,80	33,60	55,20	50,40	16,80	5,20	160,—	240,—	280,—	320,—
9	284,99	270,—	18,90	7,55	5,40	37,80	62,10	56,70	18,90	5,85	180,—	270,—	315,—	360,—
10	314,99	300,—	21,—	8,40	6,—	42,—	69,—	63,—	21,—	6,50	200,—	300,—	350,—	400,—
11	344,99	330,—	23,10	9,25	6,60	46,20	75,90	69,30	23,10	7,15	220,—	330,—	385,—	440,—
12	374,99	360,—	25,20	10,10	7,20	50,40	82,80	75,60	25,20	7,80	240,—	360,—	420,—	480,—
13	404,99	390,—	27,30	10,90	7,80	54,60	89,70	81,90	27,30	8,45	260,—	390,—	455,—	520,—
14	434,99	420,—	29,40	11,75	8,40	58,80	96,60	88,20	29,40	9,10	280,—	420,—	490,—	560,—
15	464,99	450,—	31,50	12,60	9,—	63,—	103,50	94,50	31,50	9,75	300,—	450,—	525,—	600,—
16	494,99	480,—	33,60	13,45	9,60	67,20	110,40	100,80	33,60	10,40	320,—	480,—	560,—	640,—
17	524,99	510,—	35,70	14,30	10,20	71,40	117,30	107,10	35,70	11,05	340,—	510,—	595,—	680,—
18	554,99	540,—	37,80	15,10	10,80	75,60	124,20	113,40	37,80	11,70	360,—	540,—	630,—	720,—
19	584,99	570,—	39,90	15,95	11,40	79,80	131,10	119,70	39,90	12,35	380,—	570,—	665,—	760,—
20	614,99	600,—	42,—	16,80	12,—	84,—	138,—	126,—	42,—	13,—	400,—	600,—	700,—	800,—
21	644,99	630,—	44,10	17,65	12,60	88,20	144,90	132,30	44,10	13,65	420,—	630,—	735,—	840,—
22	660,—	660,—	46,20	18,50	13,20	92,40	151,80	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22a	674,99	660,—	46,20	18,50	13,20	92,40	151,80	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22b	704,99	690,—	46,20	18,50	13,80	96,60	156,60	142,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22c	734,99	720,—	46,20	18,50	14,40	100,80	161,40	147,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22d	764,99	750,—	46,20	18,50	15,—	105,—	166,20	151,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22e	794,99	780,—	46,20	18,50	15,—	109,20	170,40	155,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22f	824,99	810,—	46,20	18,50	15,—	113,40	174,60	159,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22g	854,99	840,—	46,20	18,50	15,—	117,60	178,80	163,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22h	884,99	870,—	46,20	18,50	15,—	121,80	183,—	168,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
i	884,99	892,50	46,20	18,50	15,—	124,95	186,15	171,15	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—

- Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger als 14 Tage erhalten.
- Das Krankengeld beträgt 65 % des Grundlohnes; es erhöht sich, wenn das Mitglied Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, bei 1 Angehörigen auf 69 %, 2 Angehörigen auf 72 % und bei 3 und mehr Angehörigen auf 75 % des Grundlohnes.
- Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Bei Totgeburten beträgt das Sterbegeld 50,— DM.

Die Beiträge sind am ersten Werktag des Monats fällig und bis zum 25. d. Mts. einzuzahlen. Versicherungspflichtige haben ihre Beiträge spätestens binnen einer Woche nach Gehaltszahlung zu entrichten.

Von den Beiträgen zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung trägt der Arbeitgeber die Hälfte nach den Sätzen der zuständigen Pflichtkrankenkasse. Bei einem monatlichen Arbeitsverdienst bis zu 65,— DM übernimmt der Arbeitgeber die Beiträge zur Arbeitslosen- und Krankenversicherung in voller Höhe. Zur Rentenversicherung werden die Beiträge bis zu einem monatlichen Arbeitsverdienst von 90,— DM vom Arbeitgeber voll übernommen.

Der Arbeitgeberanteil wird dem Mitglied zusammen mit dem Gehalt ausgezahlt.

Vom 1. August 1961 bis 31. Januar 1962 brauchen keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet zu werden. Arbeitslosenversicherungspflichtige Mitglieder zahlen für diese Zeit Beiträge nach der Gruppe II.

Beitragstafel

Abteilung B – Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monats-einkommen ¹⁾ bis einschließlich	Monatsbeitrag			ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld ²⁾			Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft				
		für Versicherte				ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre	
		ohne	mit 1—2	mit 3									
		Familienangehörige(n)											
		a	b	c		der Arbeitsunfähigkeit							
		DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
27	Beamtenanwärtner usw.	12,—	17,—	20,—	—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
28	200,—	17,—	22,—	25,—	—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
29	500,—	22,—	31,—	34,—	—	—	—	—	235,—	350,—	410,—	465,—	
30	über 500,—	30,—	41,—	45,—	—	—	—	—	440,—	660,—	770,—	880,—	
Versicherungsklassen B 31 und 32 nur für Angestellte, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.													
31	über 660,—	32,—	43,—	47,—	14,—	16,—	17,50	21,—	440,—	660,—	770,—	880,—	
32	„ 660,—	34,—	45,—	49,—	17,—	19,—	20,50	25,—	440,—	660,—	770,—	880,—	

¹⁾ Bei der Einstufung in die Versicherungsklassen gelten die Bestimmungen für Nichtversicherungspflichtige (§ 8 II Ziffer 1—12 der Vers.-Beding.). Selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige werden in der Klasse B 30, nicht mehr berufstätige Ehefrauen in der Klasse B 29 versichert.

Beamtenanwärtner, Dienstanfänger, Schüler, Studenten und andere in der Ausbildung für einen Angestelltenberuf befindliche Mitglieder, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, werden in die Versicherungsklasse B 27 eingestuft, solange ihre Einkünfte (Unterhaltsbezüge) den Betrag von 300,— DM monatlich nicht übersteigen.

²⁾ Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie Überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

³⁾ Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Beitragstafel

Abteilung P – Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Versicherungsklasse	Monatsbeitrag			Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld ¹⁾			Sterbegeld ²⁾ bei einer Mitgliedschaft			
	für Versicherte					ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
	ohne	mit 1—2	mit 3									
	Familienangehörige(n)											
	a	b	c	DM	DM	der Arbeitsunfähigkeit			DM	DM	DM	DM
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
40	28,—	41,—	51,—	15,—	—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—
41	32,—	45,—	55,—	15,—	17,—	19,—	20,50	25,—	400,—	600,—	700,—	800,—

¹⁾ Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie Überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

²⁾ Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Beitragstafel

Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Monatlicher Beitrag							Gesamtbeitrag			Tägliches Krankengeld ²⁾ nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVG)	Sterbegeld ³⁾ bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeitsverdienst bis einschließlich	Grundlohn	Krankenversicherung		Arbeitslosenversicherung 1,4 %	Rentenversicherung 14 %	Gruppe I KV. ALV. RV. 22,4 %	Gruppe II KV. — RV. 21 %	Gruppe III KV. — — 7 %	bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre		über 20 Jahre			
			7 %	Zuschlag ¹⁾ 2,8 %											KV. ALV. RV. 22,4 %	KV. — RV. 21 %	KV. — — 7 %
			DM	DM													
1	45,—	30,—	2,10	0,85	0,40	4,20	6,70	6,30	2,10	0,65	150,—	150,—	150,—	150,—			
2	75,—	60,—	4,20	1,70	0,85	8,40	13,45	12,60	4,20	1,30	150,—	150,—	150,—	150,—			
3	105,—	90,—	6,30	2,50	1,25	12,60	20,15	18,90	6,30	1,95	150,—	150,—	150,—	150,—			
4	135,—	120,—	8,40	3,35	1,70	16,80	26,90	25,20	8,40	2,60	150,—	150,—	150,—	160,—			
5	165,—	150,—	10,50	4,20	2,10	21,—	33,60	31,50	10,50	3,25	150,—	150,—	175,—	200,—			
6	195,—	180,—	12,60	5,05	2,50	25,20	40,30	37,80	12,60	3,90	150,—	180,—	210,—	240,—			
7	225,—	210,—	14,70	5,90	2,95	29,40	47,05	44,10	14,70	4,55	150,—	210,—	245,—	280,—			
8	254,99	240,—	16,80	6,70	3,35	33,60	53,75	50,40	16,80	5,20	160,—	240,—	280,—	320,—			
9	284,99	270,—	18,90	7,55	3,80	37,80	60,50	56,70	18,90	5,85	180,—	270,—	315,—	360,—			
10	314,99	300,—	21,—	8,40	4,20	42,—	67,20	63,—	21,—	6,50	200,—	300,—	350,—	400,—			
11	344,99	330,—	23,10	9,25	4,60	46,20	73,90	69,30	23,10	7,15	220,—	330,—	385,—	440,—			
12	374,99	360,—	25,20	10,10	5,05	50,40	80,65	75,60	25,20	7,80	240,—	360,—	420,—	480,—			
13	404,99	390,—	27,30	10,90	5,45	54,60	87,35	81,90	27,30	8,45	260,—	390,—	455,—	520,—			
14	434,99	420,—	29,40	11,75	5,90	58,80	94,10	88,20	29,40	9,10	280,—	420,—	490,—	560,—			
15	464,99	450,—	31,50	12,60	6,30	63,—	100,80	94,50	31,50	9,75	300,—	450,—	525,—	600,—			
16	494,99	480,—	33,60	13,45	6,70	67,20	107,50	100,80	33,60	10,40	320,—	480,—	560,—	640,—			
17	524,99	510,—	35,70	14,30	7,15	71,40	114,25	107,10	35,70	11,05	340,—	510,—	595,—	680,—			
18	554,99	540,—	37,80	15,10	7,55	75,60	120,95	113,40	37,80	11,70	360,—	540,—	630,—	720,—			
19	584,99	570,—	39,90	15,95	8,—	79,80	127,70	119,70	39,90	12,35	380,—	570,—	665,—	760,—			
20	614,99	600,—	42,—	16,80	8,40	84,—	134,40	126,—	42,—	13,—	400,—	600,—	700,—	800,—			
21	644,99	630,—	44,10	17,65	8,80	88,20	141,10	132,30	44,10	13,65	420,—	630,—	735,—	840,—			
22	660,—	660,—	46,20	18,50	9,25	92,40	147,85	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22a	674,99	660,—	46,20	18,50	9,25	92,40	147,85	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22b	704,99	690,—	46,20	18,50	9,65	96,60	152,45	142,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22c	734,99	720,—	46,20	18,50	10,10	100,80	157,10	147,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22d	764,99	750,—	46,20	18,50	10,50	105,—	161,70	151,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22e	794,99	780,—	46,20	18,50	10,50	109,20	165,90	155,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22f	824,99	810,—	46,20	18,50	10,50	113,40	170,10	159,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22g	854,99	840,—	46,20	18,50	10,50	117,60	174,30	163,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22h	884,99	870,—	46,20	18,50	10,50	121,80	178,50	168,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22i	914,99	900,—	46,20	18,50	10,50	126,—	182,70	172,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
22k	944,99	930,—	46,20	18,50	10,50	130,20	186,90	176,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			
über	944,99	948,—	46,20	18,50	10,50	132,70	189,40	178,90	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—			

- 1) Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger als 14 Tage erhalten.
- 2) Das Krankengeld beträgt 65 % des Grundlohnes; es erhöht sich, wenn das Mitglied Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, bei 1 Angehörigen auf 69 %, 2 Angehörigen auf 72 % und bei 3 und mehr Angehörigen auf 75 % des Grundlohnes.
- 3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Bei Totgeburten beträgt das Sterbegeld 50,— DM.

Die Beiträge sind am ersten Werktag des Monats fällig und bis zum 25. d. Mts. einzuzahlen. Versicherungspflichtige haben ihre Beiträge spätestens binnen einer Woche nach Gehaltszahlung zu entrichten.

Von den Beiträgen zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung trägt der Arbeitgeber die Hälfte nach den Sätzen der zuständigen Pflichtkrankenkasse. Bei einem monatlichen Arbeitsverdienst bis zu 65,— DM übernimmt der Arbeitgeber die Beiträge zur Arbeitslosen- und Krankenversicherung in voller Höhe. Zur Rentenversicherung werden die Beiträge zu einem monatlichen Arbeitsverdienst von 95,— DM vom Arbeitgeber voll übernommen.

Der Arbeitgeber wird dem Mitglied zusammen mit dem Gehalt ausgezahlt.

Gültig ab 1.10.1961

Beitragstafel

Abteilung B – Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungs- klasse	Monats- einkommen ¹⁾ bis einschließlich	Monatsbeitrag			ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld ²⁾			Sterbegeld ²⁾			
		für Versicherte				ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft			
		ohne	mit 1—2	mit 3					bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
		Familienangehörige(n)										
a	b	c	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM		
27	Beamtenan- wärter usw.	12,—	17,—	20,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
28	200,—	17,—	22,—	25,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
29	500,—	22,—	31,—	34,—	—	—	—	235,—	350,—	410,—	465,—	
30	über 500,—	30,—	41,—	45,—	—	—	—	440,—	660,—	770,—	880,—	
Versicherungsklassen B 31 und 32 nur für Angestellte, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.												
31	über 660,—	32,—	43,—	47,—	14,—	16,—	17,50	21,—	440,—	660,—	770,—	880,—
32	" 660,—	34,—	45,—	49,—	17,—	19,—	20,50	25,—	440,—	660,—	770,—	880,—

1) Bei der Einstufung in die Versicherungsklassen gelten die Bestimmungen für Nichtversicherungspflichtige (§ 8 II Ziffer 1—12 der Vers.-Beding.). Selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige werden in der Klasse B 30, nicht mehr berufstätige Ehefrauen in der Klasse B 29 versichert.

Beamtenanwärter, Dienstanfänger, Schüler, Studenten und andere in der Ausbildung für einen Angestelltenberuf befindliche Mitglieder, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, werden in die Versicherungsklasse B 27 eingestuft, solange ihre Einkünfte (Unterhaltsbezüge) den Betrag von 300,— DM monatlich nicht übersteigen.

2) Krankengeld wird bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung von dem Tage an gewährt, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, im übrigen von dem darauffolgenden Tage an.

Das erhöhte Krankengeld in den Versicherungsklassen B 31 und 32 wird gewährt, wenn der Krankengeldanspruch wegen Bezuges von Arbeitsentgelt bis zu den genannten Zeitpunkten geruht hat.

Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

3) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Gültig ab 1.10.1961

Beitragstafel

Abteilung P — Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Ver- sicherungs- klasse	Monatsbeitrag			Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld ¹⁾			Sterbegeld ²⁾			
	für Versicherte					ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft			
	ohne	mit 1—2	mit 3						bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
	Familienangehörige(n)											
a	b	c	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM		
40	28,—	41,—	51,—	15,—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—	
41	32,—	45,—	55,—	15,—	17,—	19,—	20,50	25,—	400,—	600,—	700,—	800,—

1) Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.

Beamte, Dauerangestellte, selbständige Gewerbetreibende und freiberuflich Tätige, Pensionäre, Schüler sowie überlebende, geschiedene und nicht mehr berufstätige Ehefrauen, ferner nichtkrankenversicherungspflichtige Arbeitslose können sich nur ohne Anspruch auf Kranken- und Hausgeld versichern.

2) Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Ver- siche- rungs- klasse	Monatlicher		Monatlicher Beitrag				Gesamtbeitrag			Tägliches Krankengeld ²⁾ nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld ⁴⁾ bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeits- verdienst bis ein- schließ- lich	Grund- lohn	Kranken- versicherung	Arbeits- losen- ver- siche- rung		Renten- ver- siche- rung	Gruppe I KV. ALV. RV. 23% DM	Gruppe II KV. RV. 21% DM	Gruppe III KV. RV. 7% DM		bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
				7% DM	Zu- schlag ¹⁾ 2,8% DM									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	45,—	30,—	2,10	0,85	0,60	4,20	6,90	6,30	2,10	0,65	150,—	150,—	150,—	150,—
2	75,—	60,—	4,20	1,70	1,20	8,40	13,80	12,60	4,20	1,30	150,—	150,—	150,—	150,—
3	105,—	90,—	6,30	2,50	1,80	12,60	20,70	18,90	6,30	1,95	150,—	150,—	150,—	150,—
4	135,—	120,—	8,40	3,35	2,40	16,80	27,60	25,20	8,40	2,60	150,—	150,—	150,—	160,—
5	165,—	150,—	10,50	4,20	3,—	21,—	34,50	31,50	10,50	3,25	150,—	150,—	175,—	200,—
6	195,—	180,—	12,60	5,05	3,60	25,20	41,40	37,80	12,60	3,90	150,—	180,—	210,—	240,—
7	225,—	210,—	14,70	5,90	4,20	29,40	48,30	44,10	14,70	4,55	150,—	210,—	245,—	280,—
8	254,99	240,—	16,80	6,70	4,80	33,60	55,20	50,40	16,80	5,20	160,—	240,—	280,—	320,—
9	284,99	270,—	18,90	7,55	5,40	37,80	62,10	56,70	18,90	5,85	180,—	270,—	315,—	360,—
10	314,99	300,—	21,—	8,40	6,—	42,—	69,—	63,—	21,—	6,50	200,—	300,—	350,—	400,—
11	344,99	330,—	23,10	9,25	6,60	46,20	75,90	69,30	23,10	7,15	220,—	330,—	385,—	440,—
12	374,99	360,—	25,20	10,10	7,20	50,40	82,80	75,60	25,20	7,80	240,—	360,—	420,—	480,—
13	404,99	390,—	27,30	10,90	7,80	54,60	89,70	81,90	27,30	8,45	260,—	390,—	455,—	520,—
14	434,99	420,—	29,40	11,75	8,40	58,80	96,60	88,20	29,40	9,10	280,—	420,—	490,—	560,—
15	464,99	450,—	31,50	12,60	9,—	63,—	103,50	94,50	31,50	9,75	300,—	450,—	525,—	600,—
16	494,99	480,—	33,60	13,45	9,60	67,20	110,40	100,80	33,60	10,40	320,—	480,—	560,—	640,—
17	524,99	510,—	35,70	14,30	10,20	71,40	117,30	107,10	35,70	11,05	340,—	510,—	595,—	680,—
18	554,99	540,—	37,80	15,10	10,80	75,60	124,20	113,40	37,80	11,70	360,—	540,—	630,—	720,—
19	584,99	570,—	39,90	15,95	11,40	79,80	131,10	119,70	39,90	12,35	380,—	570,—	665,—	760,—
20	614,99	600,—	42,—	16,80	12,—	84,—	138,—	126,—	42,—	13,—	400,—	600,—	700,—	800,—
21	644,99	630,—	44,10	17,65	12,60	88,20	144,90	132,30	44,10	13,65	420,—	630,—	735,—	840,—
22	660,—	660,—	46,20	18,50	13,20	92,40	151,80	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22a	674,99	660,—	46,20	18,50	13,20	92,40	151,80	138,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22b	704,99	690,—	46,20	18,50	13,80	96,60	156,60	142,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22c	734,99	720,—	46,20	18,50	14,40	100,80	161,40	147,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22d	764,99	750,—	46,20	18,50	15,—	105,—	166,20	151,20	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22e	794,99	780,—	46,20	18,50	15,—	109,20	170,40	155,40	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22f	824,99	810,—	46,20	18,50	15,—	113,40	174,60	159,60	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22g	854,99	840,—	46,20	18,50	15,—	117,60	178,80	163,80	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22h	884,99	870,—	46,20	18,50	15,—	121,80	183,—	168,—	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—
22i	884,99	892,50	46,20	18,50	15,—	124,95	186,15	171,15	46,20	14,30	440,—	660,—	770,—	880,—

Von dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag trägt der Arbeitgeber die Hälfte nach den Sätzen der zuständigen Pflichtkrankenkasse. Bei einem monatlichen Arbeitsverdienst bis 65,— DM übernimmt der Arbeitgeber die Beiträge zur Arbeitslosen- und Krankenversicherung in voller Höhe. Zur Rentenversicherung werden die Beiträge bis zu einem monatlichen Arbeitsverdienst von 90,— DM vom Arbeitgeber voll übernommen.

Abteilung B — Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Ver- siche- rungs- klasse	Monats- einkommen bis einschließ- lich DM	Monatsbeitrag für Versicherte			ohne Ruhe- des An- spruches DM	Krankengeld ³⁾			Sterbegeld ⁴⁾ bei einer Mitgliedschaft			
		für Versicherte mit 1-2 mit 3u. mehr Familienangehörige(n)				ab 43. Tag DM	ab 85. Tag DM	ab 183. Tag DM	bis 3 Jahre DM	über 3 Jahre DM	über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM
		a DM	b DM	c DM								
27	Beamtenan- wärter usw.	12,—	17,—	20,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
28	200,—	17,—	22,—	25,—	—	—	—	150,—	150,—	150,—	150,—	
29	500,—	22,—	31,—	34,—	—	—	—	235,—	350,—	410,—	465,—	
30	über 500,—	30,—	41,—	45,—	—	—	—	440,—	660,—	770,—	880,—	
Versicherungsklassen B 31 und 32 nur für Angestellte, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.												
31	über 660,—	32,—	43,—	47,—	14,—	16,—	17,50	21,—	440,—	660,—	770,—	880,—
32	über 660,—	34,—	45,—	49,—	17,—	19,—	20,50	25,—	440,—	660,—	770,—	880,—

Abteilung P — Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Ver- siche- rungs- klasse	Monatsbeitrag				ohne Ruhe- des An- spruches DM	Krankengeld ³⁾			Sterbegeld ⁴⁾ bei einer Mitgliedschaft			
	für Versicherte mit 1-2 mit 3u. mehr Familienangehörige(n)			Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person DM		ab 43. Tag DM	ab 85. Tag DM	ab 183. Tag DM	bis 3 Jahre DM	über 3 Jahre DM	über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM
	a DM	b DM	c DM									
40	28,—	41,—	51,—	15,—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—	
41	32,—	45,—	55,—	15,—	17,—	19,—	20,50	25,—	400,—	600,—	700,—	800,—

- Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger als 14 Tage erhalten.
- Das Krankengeld beträgt 65% des Grundlohnes, es erhöht sich, wenn das Mitglied Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, bei 1 Angehörigen auf 69%, 2 Angehörigen auf 72% und bei 3 und mehr Angehörigen auf 75% des Grundlohnes.
- Für anspruchsberechtigte Angehörige, die das Mitglied bisher ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird zum Krankengeld ein Zuschlag gewährt.
- Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung – Körperschaft des öffentlichen Rechts

Für die
Mission
Wiesbaden-Kastel
Lorenz - Müdra - Str. 1-3

im September 1961

Betr.: Leistungsverbesserungen und Beitragserhöhung ab 1. Oktober 1961

Sehr geehrte Herren!

Durch das am 1. August 1961 in Kraft getretene „Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle“ hat sich für alle Arbeitnehmer das Krankengeld erhöht. Gleichzeitig wurde die Leistungsdauer für Krankengeld und Krankenhauspflege auf 78 Wochen verlängert. Damit ist eine Aussteuerung für diese wichtigen Leistungen praktisch beseitigt.

Die von den Krankenkassen zum Ausgleich für die erhöhte Leistungspflicht erwartete finanzielle Entlastung im Bereich der Fremdaufgaben ist leider nicht eingetreten. Auch die erhoffte Heraufsetzung der Gehaltsgrenze für die Krankenversicherung der Angestellten blieb aus. Viele Pflichtkrankenkassen und verschiedene Ersatzkassen mußten daher ihre Beiträge bereits ab 1. Juli oder 1. August dieses Jahres erhöhen. Angesichts der gegenwärtigen Verhältnisse sahen sich nun auch die Selbstverwaltungsorgane unserer Kasse veranlaßt, die Beiträge ab 1. Oktober 1961 neu festzusetzen. Gleichzeitig tritt eine Reihe von bemerkenswerten Leistungsverbesserungen in Kraft.

Wir bitten Sie um die Freundlichkeit, ab 1. Oktober 1961 die neuen Beiträge nach der umseitig abgedruckten Beitragstabelle zu überweisen. Außerdem erlauben wir uns, daran zu erinnern, daß vom 1. August bis zum 31. Januar 1962 keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erhoben werden. Es gelten in dieser Zeit die unter der Gruppe II der Beitragstabelle aufgeführten Beträge.

Mit freundlichem Gruß

Hamburg-Münchener Ersatzkasse
Geschäftsstempel
H. Heuffner

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

GESCHAFTSSTELLE LUDWIGSBURG
SCHILLERPLATZ 6 - KREISSPARKASSE -

am 10.5.61

Herrn

Fernsprecher: 2 80 29
Postscheckk.: Stuttgart 137 25
Bankkonto: Kreissparkasse
Ludwigsburg, 588

Gerhard Blum

Wiesbaden-Kastel
General-Mudra-Str. 1-3

Unser Zeichen: Ne.

Betr.: Ihr Beitragskonto

Sehr geehrter Herr Blum!

Wir danken Ihnen für Ihre Zuschrift vom 9.5.61.

Entsprechend der uns vorliegenden Gehaltsbescheinigung (267,95 DM monatlich) wird Ihre Mitgliedschaft ab 9.4.61 nach der Klasse A 9 II mit einem monatlichen Beitrag von DM 55,90 geführt.

Nachstehend geben wir Ihnen eine Aufstellung über die zu bezahlenden Beiträge:

Vom 1.4.61 - 8.4.61	=	11,59
2 9.4.61 - 30.4.61	=	40,99
		<u>52,58</u>
bereits gezahlte Beitr.		<u>43,45</u>
Restbeitrag		9,13
		=====

Wir bitten Sie den Betrag von DM 9,13 noch zu überweisen, damit Ihr Beitragskonto wieder ausgeglichen ist. Ab 1.5.61 sind dann monatlich DM 55,90 zu bezahlen. Mit freundlichem Gruß, Ihre GSt. Ludwigsb.

Hamburg-Münchener Eisenbahn

Infanz der Kapitalverwaltung - Konsolidiert für den Geschäftsjahr

RECHENBEREITUNG FÜR DEN JAHR 1900
UND DEN JAHR 1899

Rechnungsart
Rechnungsperiode
Rechnungsgegenstand

Rechnungsnummer

Rechnungsdatum

Rechnungsart

55.90: 2 = 27,95

$\frac{4}{45}$
 $\frac{24}{79}$
 $\frac{28}{70}$

Mitgliedsbescheinigung

Herr/Frau/Frt. Gerhard Blum geb. am 8.12.36

ist seit/ab 6.4.59 Mitglied unserer Ersatzkasse und somit gem. § 517 RVO von der Mitgliedschaft bei der zuständigen Pflichtkasse (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkasse) befreit.

Besteht bereits bei der Pflichtkasse eine Versicherung, so ist diese innerhalb von drei Tagen durch den Arbeitgeber zu kündigen.

Unsere Ersatzkasse ist gesetzlich verpflichtet, von allen krankenversicherungspflichtigen Mitgliedern die Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung in einer Summe zu erheben. Für die Tätigkeit bei dem umstehend genannten Arbeitgeber werden die Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung ab 1.4.61 von unserer Kasse eingezogen.

Der Arbeitgeber ist nach § 520 RVO gehalten, seinen Anteil am Sozialversicherungsbeitrag mit den Gehaltsbezügen an den Versicherten auszuführen.

Ludwigsburg, den 25.4.61

(Ort und Tag)

Hamburg-Münchener Ersatzkasse
Geschäftsstelle Ludwigsburg

(Stempel und Unterschrift)

WICHTIG! Diese Bescheinigung ist dem Arbeitgeber unverzüglich zur sorgfältigen Aufbewahrung auszuhändigen.

Postkarte

Jugendwohnheim der Goßner
Mission

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

(14a) Ludwigsburg

Schillerplatz 6

Wiebassen-Kastel

General-Mudra-Str. 1-3

(Anschrift der Gst.)

Gossner
Mission

5. Juli 1962

An die

Hamburg - Münchener Ersatzkasse
Geschäftsstelle Mainz

65 Mainz
Schillerstrasse 30

Wir teilen Ihnen mit, dass Fräulein Marlis Gattermann
seit dem 1. Juni 1962 bei uns als Praktikantin tätig ist.

Ihr Bruttoverdienst beträgt monatlich DM 325,65

Den Beitrag für den Monat Juni in Höhe von DM 73,90 haben
wir Ihnen bereits überwiesen.

Hochachtungsvoll

⚡

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Maing

Am 9.8.67

Herrn
Walter Gehring
Maing - Kastel
General Münderstr. 7-3

Mitglied Nr.: 567 496

Unser Zeichen:

Sehr geehrtes Mitglied!

Wir sind gesetzlich verpflichtet, die Beiträge unserer Mitglieder nach der Höhe des Einkommens zu erheben.

Ihrem jetzigen Einkommen von DM 1 entsprechend muß Ihre

Versicherung seit dem 1.4.67 nach der Klasse G18
mit einem monatlichen Beitrag von DM 122.60

erfolgen.

Für die Monate April - Juli

Nachzahlung von DM 440

Sollten Ihre Gehaltsabrechnungen von unserer Feststellung abweichen, bitten wir Sie um die Freundlichkeit, uns eine aufklärende Nachricht zu geben.

Stimmen Sie mit uns überein, wären wir für einen recht schnellen Ausgleich Ihres Kontos dankbar.

Und noch eine Bitte haben wir: Versäumen Sie in Ihrem eigenen Interesse niemals, jede Änderung Ihres Einkommens, Ihres Beschäftigungsverhältnisses und Ihres Familienstandes sofort Ihrer Verwaltungsstelle aufzugeben. Sie ersparen dadurch sich und uns unnötige Arbeit und kleine Mißhelligkeiten.

Mit freundlichem Gruß

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Geschäftsstelle Mainz
H. H. H. H.

Dg. Vst.

Ab 1.8.67 beträgt der monatl. Beitrag
in m.80 ohne Arbeitslosenversicherung

$$\begin{array}{r} 16.36 \\ \hline 96 \\ 48 \\ \hline 57.60 \\ 11 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 100. - \\ 57.60 \\ \hline 123.60 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 6. \\ \hline 179.60 \\ 11 \end{array}$$