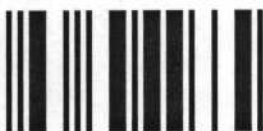


**Archiv der Gossner Mission**  
**im Evangelischen Landeskirchlichen Archiv in Berlin**



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

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-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
- 08-D2 18-Arbeitgeber-anteil Inv.-Vers.
- 09-E1 19-Arbeitgeber-anteil Ang.-Vers.
- \*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



Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers  
über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Nevado Soledat Maria		17.12.44	6. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen)		vom 1.4. bis 30.4.66	
Familien- und Vorname		geboren am				
Hausgehilfin		I	nein			
beschäftigt als (z. B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Heimarbeiter)		Lohnsteuerklasse	Bezieht der Beschäftigte Rente?			
1. Letzter Arbeitstag		20.4.66		7. Für diesen Zeitraum betrug		
2. Das Arbeitsverhältnis ist		gelöst		a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM		501.--
3. Bei Arbeitsunfall		a) Unfalltag		b) der Nettolohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM		246.20
b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag		-		c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten:		
c) Für den Unfalltag wurde ein Entgelt für wie viele Stunden gezahlt		-		Art: K u. W. Wert: DM		153.--
oder in Höhe von DM		-		8. Anzahl der Stunden		
d) Zuständige Berufsgenossenschaft: Berufsgenossenschaft f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege Hbg.		-		a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde		
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt?		3.5.66		b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist		
Falls Sachbezüge weitergewährt werden:		-		c) Zusammen		
a) welche?		-		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?		-		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. Arbeiter 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		
				bis		

Kastel, 4.5.66

Datum

IV 53 125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

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

Erläuterungen für die Berechnung des Krankengeldes

Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld/Zuschusses

ist arbeitsunfähig - krank	vom 20.4.66 bis 4.5.66
erhält Krankengeld - Hausgeld	vom 4.5.66 bis 4.5.66
Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage	7
Bei der Berechnung des Krankengeldes ist davon ausgegangen worden, daß der Arbeitgeberzuschuss zu zahlen ist	bis 4.5.66
Krankengeld bzw. dessen Rechnungs- betrag i. S. § 1 ArbkrankhG.	DM 10.86
VH des betrags in	VH 65
Das Krankengeld	bis 4.5.66
Unterstütz. u. Stempel d. Krankenkasse	Datum

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

Für den Versicherten

### Besteuerung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Wiesbaden		6. Letzter <b>abgerechneter</b> Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen)	
<b>Nevado Soledad Maria</b> 17.12.44 <small>Familien- und Vorname geboren am</small>		vom 1.4. bis 30.4.66	
<b>Hausgehilfin</b> I nein <small>beschäftigt als Lohnsteuerklasse Bezieht der Beschäftigte Rente?</small>		7. Für diesen Zeitraum betrug a) das <b>Bruttoentgelt</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM 261.-- b) der <b>Nettolohn</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM 246.90 c) In dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten: Art: <u>K u. V.</u> Wert: DM 143.--	
1. Letzter Arbeitstag 20.4.66		8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde b) die der Beschäftigte <b>unentschuldigt</b> der Arbeit ferngeblieben ist c) Zusammen	
2. Das Arbeitsverhältnis ist <u>gelöst</u> zum <u>gekündigt</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	
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 -		10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden	
d) Zuständige Berufsgenossenschaft: <u>Berufsgenossenschaft f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege Hbg.</u>		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	
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 <b>Monatsgehalt</b> oder einen festen <b>Monatslohn</b> , dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitsstunden oder -stunden abhängig ist? ja			
(Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)			

Kastel, 4.5.66

IV 53 125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

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

- Unverbindliches Muster -

a) Brutto/Arbeitssentgelt im letzten abgerechneten Lohn/abrechnungszeitraum ohne einmalige Zuwendungen (Ziffer 7 der Entgeltbescheinigung)

b) abzüglich gesetzlicher Abzüge

c) Netto/Arbeitssentgelt

d) Zahl der Stunden, für die das Entgelt gezahlt wurde, und an denen der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist (Ziffer 8 c der Entgeltbescheinigung)

e) Netto/Arbeitssentgelt geteilt durch Stunden

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

wöchentlich

f 1) für den Arbeitstag (1/0)

f 2) für den Werktag (1/0)

g) Netto/Arbeitssentgelt, je Arbeits- oder Werktag

g 1) für den Arbeitstag:

Stunden/Nettolohn - Bust. e -

g 2) für den Werktag:

Stunden/Nettolohn - Bust. f 1) -

mal Stunden - Bust. f 2) -

Stunden/Nettolohn - Bust. e -

h) abzügl. Krankengeld je Arbeits- oder Werktag

i) ergibt den Arbeitgeberzuschuß je Arbeits- oder Werktag

k) zu zahlen für Arbeits- oder Werktag

Berechnet:

den

(Unterstrich)

Beschreibung		für die Berechnung des Krankengeld-Zususses	
ist arbeitsunfähig - krank	war	erhält Krankengeld - Hausgeld	erhielt
20.4.66	4.5.66	bis	4.5.66
	4.5.66	vom	4.5.66
	4.5.66	bis	4.5.66

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage		Bei der Berechnung des Krankengeldes vom		Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist **)	
7					

Regellohnes		vH. des		betrag in		Krankengeld *)	
DM		vH.		bis		1) vom	
10,86		25		4.5.66		4.5.66	

2) vom		bis		vH.		DM	

\*) 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.

\*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungs-betrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

\*) Krankengeld

\*) Krankengeld

**Wiesbaden**

**Arbeitsamt**

**Umschlag u. Stempel d. Krankenkasse**

Datum

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



<b>Born, Katharina</b> <small>Familien- und Vorname</small> <b>Hausgehilfin I nein</b> <small>beschäftigt als Lohnsteuerklasse Bezieht der</small> <small>(z. B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Hetmarbeiter) Beschäftigte Rente?</small>		<b>29.5.29</b> <small>geboren am</small>		6. Letzter <b>abgerechneter</b> Lohnabrechnungs- zeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom <b>1.3.66</b> bis <b>31.3.66</b>	
1. Letzter Arbeitstag <b>26.4.66</b>		7. Für diesen Zeitraum betrug a) das <b>Bruttoentgelt</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM <b>501.--</b> b) der <b>Nettolohn</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM <b>313.68</b> c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoent- gelt sind folgende Sachbezüge enthalten: <b>Kost</b> Wert: DM <b>76.50</b>		8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde b) die der Beschäftigte <b>unentschuldigt</b> der Arbeit ferngeblieben ist c) Zusammen	
2. Das Arbeitsverhältnis ist <b>gelöst</b> zum <b>-</b> <b>gekündigt</b>		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	
3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag <b>-</b> b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag <b>-</b> c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt <b>-</b> oder in Höhe von DM <b>-</b>		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		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	
d) Zuständige Berufsgenossenschaft: <b>Berufsgen.f. Gesundheits-</b> <b>dienst u. Wohlfahrtspflege, Hamburg</b>		4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? <b>26.4.66</b>		Falls Sachbezüge weitergewährt werden: a) welche <b>-</b> b) bis wann? <b>-</b>	
5. Bezieht der Beschäftigte ein <b>Monatsgehalt</b> oder einen festen <b>Monatslohn</b> , dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitsragen oder -stunden abhängig ist? (Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden) <b>ja</b>					

Gossner 27. April 1966

IV 53 125

Gossner-Mission  
Mainz-Kastel

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 vom	27.4. 66
Ist davon ausgegangen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist **) 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 7 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 8 c 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)



## Abmeldung

57  
Abmelde-Nr.

Konto-Nr. 53 125		Geburtsort Neapel		Staatsangehörigkeit Italien		Familienstand led. verh. Verw. geseh.	
6 Familienname Simoncini		Vorname Assunta		26 Geburtsdatum 5.5.53		Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder	
27 Postl.-Zahl 6091		31 jetziger Wohnort Ginsheim		52 Straße Mainzer Str. 33			
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.- 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 <u>---</u> Tel. <u>---</u>		Eingangsstempel	
Zuständige Berufsgenossenschaft <u>Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Hamburg</u>		 <u>4. 12. 70</u>	
Firmenstempel mit Anschrift <b>Gossnerhaus</b> 6503 Mainz - Kastel Joh. - Gossner - Str. 14			
Datum <u>30.9.1969</u> Unterschrift <u>f. Gossner</u>			

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

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

# B AOK Wiesbaden

## Abmeldung

57  
Abmelde-Nr.

Konto-Nr. <b>53 125</b>	Geburtsort <b>Lahti</b>	Staatsangehörigkeit <b>Finnland</b>	Familienstand led. verw. <b>verh.</b>
6 Familienname <b>Pitkänen</b>	Vorname <b>Kaja</b>	26. Geburtsdatum <b>2.4.50</b>	
27 Postl.-Zahl <b>6503</b>	31 jetziger Wohnort <b>Mainz-Kastel</b>	52 Straße <b>Joh.-Gossner-Str. 14</b>	Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder <b>1</b>
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)
<b>15. 9. 69</b> Tag Monat Jahr		<b>Praktikantin Mainz-Kastel</b>	<b>30. 4. 70</b> Tag Monat 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** ☐  $\frac{1}{2}$  **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. 14**

Datum **Mz-Kastel** Unterschrift **30.4.1970** *J. P.*

Eingangsstempel

3  
**AOK Wiesbaden**  
Betriebsprüfer  
Geprüft den

**4. 12. 70**

Bestätigungsdurchschrift für den Arbeitgeber

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

Gossner Mission

esse vorliegen.

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



# Allgemeine Ortskrankenkasse Wiesbaden

Blücherstraße 12 · Schließfach 31 25  
Fernruf: Sammelnummer 47051  
Bankkonten bei allen Banken in Wiesb.  
Postcheckkonto: Frankfurt/M. Nr. 8893

Einzahlungsauftrag					
Konto-Nr.	Inst. Nr.	Ort	Konto-Nr.	Tag	Mon. Jahr
53125				5	11 70

Herrn / Frau / Frl. / Firma

GOSSNER HAUS

6503 MZ KASTEL  
JOHAN GOSSNERSTR 14

Diese Rechnung wurde mit elektronischer Datenverarbeitungsanlage erstellt. Wir bitten um Verständnis für die durch das Verfahren bedingten Abkürzungen und Vereinfachungen.

## Zur Beachtung!

(Auszug aus § 16 der Satzung)

1. Die Beiträge sind am 10. eines jeden Monats fällig (Zahltag).
2. Die Arbeitgeber haben die Beiträge für ihre versicherungspflichtigen Beschäftigten bis zum Zahltag des Monats einzuzahlen, der dem Monat folgt, in dem das Entgelt erzielt wurde. ....
3. Der nach Abs. 2 Satz 1 maßgebende Zahltag gilt sinngemäß für die versicherungspflichtigen Selbständigen, die Versicherten nach § 311 Satz 3 RVO und die unständig Beschäftigten.

## BEITRAGSRECHNUNG / KONTOAUZUG

Buchungstext				Tag	Mon.	Jahr	Beitr.		Soll		Soll		Haben	
Name des Versicherten				Gruppe	Stufe	Tage	Grd.	Mon.	(Beitrag)		(Umlage)			
vom		bis							DM	Pf	DM	Pf	DM	Pf
			9 70	00					1 082	04			1 082	04
				9	10	70	32							
				00			10		44	08				
<i>Erhöht ab 1. Jan. 71. W. Z. eingetragen (Zahlung bei AOK)</i>														
Irrtum vorbehalten!											44	08		
Kontostand am 31 10 70											Schuld		Guthaben	

## 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:*  
Konten sind  
für die  
Kasse  
abgegeben



B

AOK Wiesbaden

Abmeldung

57

Abmelde-Nr.

Konto-Nr. <b>5.3.1.25</b>		Geburtsort <b>Mailitz</b>		Staatsangehörigkeit <b>Deutsch</b>		Familienstand led. verw. <input checked="" type="checkbox"/> gesch. <input checked="" type="checkbox"/>	
6 Familienname <b>Schweb</b>		Vorname <b>Kunigunde</b>		26 Geburtsdatum <b>16.9.04</b>		Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder <b>keine</b>	
27 Postl.-Zahl <b>6501</b>		31 jetziger Wohnort <b>Mainz-Kostheim</b>		52 Straße <b>Jnnsbrucker Str. 3</b>			
Postl.-Zahl <b>6501</b>		Hauptwohnung <b>Mainz-Kostheim</b>		Straße <b>Jnnsbrucker Str. 3</b>			

Wird von der Kasse ausgefüllt!

1. Beginn der Beschäftig. bzw. Vers. als:		2. beschäftigt gewesen als:		3. Beschäftigungsart:		4. Ende (letzter Tag)	
<b>1.8.57</b>		<b>Hausgehilfin</b>		<b>Mz-Kastel Joh-Gossner-Str. 14</b>		<b>3.1.70</b>	
Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat

5. Grund des Ausscheidens: **Vergut 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. Veragl. 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 **II/-**

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. _____		Eingangsstempel	
Zuständige Berufsgenossenschaft <b>Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Hamburg</b>		Firmenstempel mit Anschrift <b>Allgemeine Ortskrankenkasse</b>	
Firmenstempel mit Anschrift <b>Gossner Mission</b>		Firmenstempel mit Anschrift <b>5. NOV. 1970</b>	
Datum <b>2. Nov. 70</b>		Unterschrift <b>Albert-Schweitzer-Str. 115 Wiesbaden</b>	

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.

Nr. 4002

Gossner Mission

## Abmeldung

57

Abmelde-Nr.

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

Wird von der Kasse ausgefüllt!

1. Beginn der Beschäftig. bzw. Vers. <b>1 5 8 6 9</b>	2. beschäftigt gewesen als: <b>Geschäftsführ</b>	3. Beschäftigungsort: <b>Mainz-Kastel</b>	4. Ende (letzter Tag) <b>3 1 1 0 7 0</b>
Tag Monat Jahr			Tag Monat Jahr

5. Grund des Ausscheidens: **Verzug 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** ☐ **1** ☐ **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 <b>Allgemeine Ortskrankenkasse</b> <b>5. NOV. 1970</b>
Zuständige Berufsgenossenschaft <b>Gesundheitsdienst + Wohlfahrtspflege, Hamburg</b>	Firmenstempel mit Anschrift <b>Gossner Mission</b> <b>65 MAINZ</b> <b>ALBERT-SCHWEITZER-STR. 113-115</b>	
Datum <b>3. Nov. 70</b>	Unterschrift <i>H. Hauer</i>	

Bestätigungsdurchschrift für den Arbeitgeber

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

Eingangsstempel

Allgemeine

Bestätigung

5. NOV 1970

Name: Bauer, Jan

Vorname: Wierich

geb. am: 23.12.1906

in: Leipzig

~~verh.~~ verh., ~~verw.~~ verw. ~~gesch.~~ gesch. ~~X~~ X

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. 118-115

(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  
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  
Ortskronen  
Eingangsstempel

5. NOV. 1970  
Bestätigung 1970

Name: ..... Gall

Vorname: ..... Hermine

geb. am: ..... 30.10.1930

in: ..... Mainz

~~Med.~~, ~~h.~~, verw., gesch. ....

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

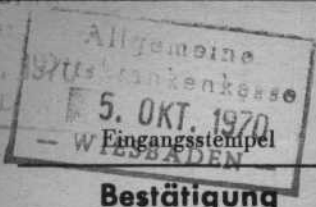
*A. Kauer*

(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



Name: G a l l

Vorname: Rudolf

geb. am: 10.3.1939

in:

Heil. h., verw., gesell. XXXXXX

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

(Unterschrift u. Stempel des Arbeitgebers)

Abriss ist vom Arbeitgeber auszu-  
und aufzubewahren!

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



gemeine  
Kassenkasse  
29 SEP 1970  
Eingangsstempel

**Bestätigung**

Name: Leimbert

Vorname: Anna

geb. am: 14.1.1916

in: Volna

Xel rh., 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

(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. 2. 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*

bitte wenden!

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

Postscheckkonto: Fhm. 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)



*Gossner 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
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

A. O. K. Wiesbaden

Eing. 19. SEP. 1966

Melde- und Zählstelle

Eingangsstempel

## Bestätigung

me: Bingülli

rname: Ayhan

b. am: 5.2.35

Kirschir.

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

ohnort, Straße und Haus-Nr.:

Ginsheim

Gursdarsburger Str. 9

eschäftigt ab: 15.9.66

eschäftigt als: Hauswirtschaftliche

Bruder

arohn: 571

achbezüge: —

Beitragsgruppe: G K M

(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

Eing. 19. SEP. 1966

Meld- und Zahlstelle

M Eingangsstempel

## Bestätigung

Name: Özkan  
Vorname: Habibe  
geb. am: 2. 11. 43  
in: Bulikesir/Turkei  
led., , verw., gesch. Verh.  
Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Ginsheim

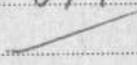
Elisabethenstr. 19

beschäftigt ab: 15. 9. 66

beschäftigt als: Hauswirtschaftl.

Bruder

Barlohn: 571

Sachbezüge: 

Beitragsgruppe: L, K 14



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	53.25
	Gesamtsumme		1.673.70 =====

Wir bitten um Zusendung von Formularen für Beitrags-  
nachweisungen, damit wir Ihnen diese ordnungsgemäß  
ausstellen 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: C<sub>2</sub>+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

<b>Simche Camilla</b> Familien- und Vorname		<b>14.8.05</b> geboren am		6. Letzter <b>abgerechneter</b> Lohnabrechnungs- zeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom <b>1.4.66</b> bis <b>30.4.66</b>	
<b>Hausgehilfin</b> beschäftigt als		<b>III</b> Lohnsteuerklasse		<b>nein</b> Bezieht der Beschäftigte Rente?	
1. Letzter Arbeitstag <b>2.5.66</b>		2. Das Arbeitsverhältnis ist <u>gelöst</u> <u>gekündigt</u> zum		7. Für diesen Zeitraum betrug a) das <b>Bruttoentgelt</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM <b>312.-</b> b) der <b>Nettolohn</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM <b>273.-</b> c) In dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten: Art: Wert: DM	
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		8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde b) die der Beschäftigte <b>unentschuldigt</b> 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	
d) Zuständige Berufsgenossenschaft: <b>Berufsgenossensch.f. Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspf. Hamburg</b>		4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? <b>2.5.66</b> Falls Sachbezüge weitergewährt werden: a) welche? b) bis wann?		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	
5. Bezieht der Beschäftigte ein <b>Monatsgehalt</b> oder einen festen <b>Monatslohn</b> , 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) <b>ja</b>					

**Kastel, 3.5.66**

Datum

**IV 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 -

a) Brutto-Arbeitsentgelt im letzten abgerechneten Lohnabrechnungszeitraum ohne einmalige Zuwendungen (Ziffer 7 der Entgeltbescheinigung)

b) abzüglich gesetzlicher Abzüge

c) Netto-Arbeitsentgelt

d) Zahl der Stunden, für die das Entgelt gezahlt wurde, und an denen der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist (Ziffer 8c der Entgeltbescheinigung)

e) Netto-Arbeitsentgelt geteilt durch Stunden

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

g) f) für den Arbeitstag (1/5) f) für den Werktag (1/5) g) f) für den Arbeitstag: Stunden/Nettolohn - Budst. e - mal Stunden - Budst. f) 1) - g) f) für den Werktag: Stunden/Nettolohn - Budst. e - mal Stunden - Budst. f) 2) - h) abzügl. Krankengeld je Arbeits- oder Werktag ergibt den Arbeitgeberzuschuß je Arbeits- oder Werktag

k) zu zahlen für Arbeits- oder Werktag

Den

(Unterschrift)

Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

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

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

Das Krankengeld wird je Woche gezahlt für Tage **7**

Bei der Berechnung des Krankengeldes vom **3.5.66** bis **23.5.66** ist davon auszugehen worden, daß der Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist

\*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungs-betrag i. S. § 1 ArbkrankenG.  
 \*\*) 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.

Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse

Datum **27.5.66**



### 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 *) beträgt in vH. des Regellohnes		1) vom	2) vom		
		bis	bis		
		vH.	vH.		
		DM	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 **)		Datum 24.5.66			
*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungs- betrag i. S. § 1 ArbKrankG.		Unterschrift u. Stempel d. Krankenkasse			
**) Falls der Betrieb zu einer davon ab- weichenden Fristberechnung gekom- men ist oder der Auffassung ist, daß ein Anspruch auf den Krankengeld- zuschuß nicht besteht, wird um ent- sprechende Mitteilung gebeten.					

### 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		IV 53 125		Kastel, 3.5.66	
Mainz-Kastel					
1. Letzter Arbeitstag		2. Das Arbeitsverhältnis ist gelöst zum		3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag	
14.8.05		2.5.66			
b) Beschäftigter als		c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt		4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergezahlt?	
Hausgehilfin		für wieviele Stunden gezahlt		2.5.66	
III		oder in Höhe von DM		5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitsstunden oder -stunden abhängig ist?	
nein				ja	
6. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom		7. Für diesen Zeitraum betrug a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM b) das Nettoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM		8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist c) Zusammen	
1.4.66		30.4.66		312.00	
273.09		273.09		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 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	

Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Für den Arbeitgeber



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

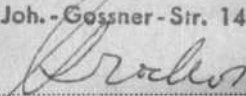
Sachbezüge: 43.20

Beitragsgruppe: C<sub>2</sub>+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.

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: G<sub>2</sub> + K + M

**Gossnerhaus**

**6503 Mainz - Kastel**

**Joh. - Gossner - Str. 14**

*Prokes*

(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 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: C<sub>2</sub>+K+M

**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

21.5.66

An die  
Allgem. Ortskrankenkasse

62 Wiesbaden  
Schließfach 3125

Betr.: Anmeldung

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

Mit freundlichem Gruß

*R. Schrade*

i.A. R. Schrade



6. MAI 1966

Eingangsstempel

**Bestätigung**Name: RuthaVorname: Annigeb. 1.3.25in: Belkenled., verh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

former KirmiaKastelbeschäftigt als: Wirtschaftswor-  
steherinneues Entgelt ab: 1.1.1966

neue Lohnstufe: .....

Beitragsgruppe: C2+L+M

Gossner-Mission

Mainz-Kastel

A. R. Schrade

(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.

5. Mai 66

GH-Kr/Sehr

An die

Allg. Ortskranken-  
Kasse

62 Wiesbaden  
Flücherstr. 12

Betr.: Konto-Nr. 53 115

Hier: Säumiszuschläge 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 Säumiszuschläge 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 Säumiszuschläge nachträglich erlassen werden.

Mit freundlichem Gruß

(H. Krockert, Pfr.)

Allgemeine

Orts : 12 10 180

23. APR. 1966

Eingangsstempel

Wiesbaden

Bestätigung

Name: Arud

Vorname: Norua

geb. am: 1.2.39

in: Marble Pa USA

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

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

former Mission, Kassel

Joh.-Gossner-Str. 14

ausgetreten am 30.4.66

beschäftigt als Haushälterin

Barlohn 41,88

Sachbezüge 153,-

Beitragsgruppe: C2+K+P

**GOSSNER MISSION**

6503 MARLENZ-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: Denise

geb. am: 11. 1. 47

in: GutsMuths

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+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.

Gossner  
Mission



23. APR. 1966

Eingangsstempel

Wiesbaden

**Bestätigung**Name: LeinbertVorname: Annageb. am: 14. 1. 16in: Zehra Harbeyled., verh., verw., gesch. verh.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

112. - KothleinSalzbergstr. 20beschäftigt ab 18. 4. 66beschäftigt als HaarshilfBarlohn 227,03Sachbezüge 60,-Beitragsgruppe: C1 + K**Gossnerhaus****6503 Mainz - Kastel****Joh. - Gossner - Str. 14**Brocken

(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

8. JAN. 1966

Wiesbaden =  
Bestätigung

Name: Boru

Vorname: Katharina

geb. am: 29.5.29

in: Hainz

led., ☒ eh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

92 - Kothlein

Kod. Leiner Str. 92

beschäftigt ab 11.66

beschäftigt als Hausgehilfin

Barlohn 313,68

Sachbezüge 76,50

Beitragsgruppe: G + K + H

Gossner-Mission  
Mainz-Kastel

[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

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers  
über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

<b>Simche Camilla</b> Familien- und Vorname		<b>14.8.05</b> geboren am		6. Letzter <b>abgerechneter</b> Lohnabrechnungs- zeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom		<b>1.10.65</b> <del>1.10.65</del>	
<b>Hausgehilfin</b> beschäftigt als		<b>nein</b> Lohnsteuerklasse		Bezieht der Beschäftigte Rente?		bis <b>31.10.65</b>	
(z. B. Angestellter, Schlosser, Hilfsarbeiter, Heimarbeiter)							
1. Letzter Arbeitstag . . . . .		<b>9.11.65</b>		7. Für diesen Zeitraum betrug			
2. Das Arbeitsverhältnis ist <input checked="" type="checkbox"/> gelöst <input type="checkbox"/> gekündigt zum . . . . .		-		a) das <b>Bruttoentgelt</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM		<b>312.--</b>	
3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag . . . . .		<b>9.11.65</b>		b) der <b>Nettolohn</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM		<b>273.09</b>	
b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag . . . . .		<b>4 Stund.</b>		c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoent- gelt sind folgende Sachbezüge enthalten:			
c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt . . . . .				Art: . . . . . Wert: DM			
d) Zuständige Berufsgenossenschaft <b>Berufsgen.f. Gesundheits-</b> <b>dienst u. Wohlfahrtspflege, Hamburg</b>				8. Anzahl der Stunden			
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? . . . . .		<b>9.11.65</b>		a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde			
Falls Sachbezüge weitergewährt werden:				b) die der Beschäftigte <b>unentschuldigt</b> der Arbeit ferngeblieben ist			
a) welche? . . . . .				c) Zusammen			
b) bis wann? . . . . .				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			
Bezieht der Beschäftigte ein <b>Monatsgehalt</b> oder einen festen <b>Monatslohn</b> , dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist? . . . . .		<b>ja</b>		10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeits- stunden . . . . .			
(Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)				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			

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	5. 12. 65
erhält erhielt	Krankengeld - Hausgeld	vom	10. 11. 65
		bis	5. 12. 65

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



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: Friedl

Vorname: Norica

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: Lebwohl

Beitragsgruppe: A2

Gossner-Mission  
Mainz-Kastel

M. K. K.  
(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

Arbeitslosen-Kasse

5. OKT 1965  
Eingangsstempel

Bestätigung

Name: Hof

Vorname: Elke

geb. am: 7. 11. 48

in: West. Sonnenberg

leg., erh., verw., gesch. led.

Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

West. Sonnenberg

Vorderberg

ausgetreten am 8. 10. 65

beschäftigt als Hausfrau

Barlohn 140,-

Sachbezüge —

Beitragsgruppe: A2

Gossner-Mission

Mainz-Kastel

Krohn

(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

Bestätigung

Name: Diehl

Vorname: Winfried

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 Prokuriat

Barlohn 90,-

Sachbezüge 153,-

Beitragsgruppe: L

GOSSNER MISSION

6503 MAINZ-KASTEL

JOH.-GOSSNER-STR. 14

Krocker

(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  
Eingangsstempel  
Ortskrankenkasse**

**Bestätigung**

**Wiesbaden**

Name: Huger

Vorname: Inugard

geb. am: 22. 9. 47

in: Besli

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  
Postskranz  
25. SEP 1965  
Eingangsstempel

## Bestätigung

Name: Arnold

Vorname: Norina

geb. am: 1.2.39

in: Nazareth 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,-

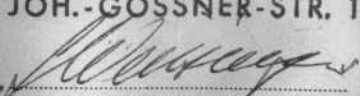
Sachbezüge 153,-

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.

Gossner  
Mission

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

(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

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers  
über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Nevado, Marisol		17.12.44	6. Letzter <b>abgerechneter</b> Lohnabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen)		vom 1.8.65 bis 31.8.65	
Familien- und Vorname		geboren am				
Hausgehilfin		I				
beschäftigt als		Lohnsteuerklasse	Bezieht der Beschäftigte Rente?			
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 <b>Bruttoentgelt</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM		451.--
3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag		-		b) der <b>Nettolohn</b> (ohne einmalige Zuwendg.) DM		212.35
b) übliche Arbeitszeit am Unfalltag		-		c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten:		51.22
c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt		-		Art: <b>Soz.-Ver. K+ W</b> Wert: DM		153.--
d) oder in Höhe von DM		-		8. Anzahl der Stunden		
d) Zuständige Berufsgenossenschaft:		-		a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde		-
				b) die der Beschäftigte <b>unentschuldigt</b> 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		-
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt?		3.9.65		10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden		-
Falls Sachbezüge weitergewährt werden:				11. Arbeitet der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche?		7
a) welche? <b>Soz. Vers., Kost- u. Wohnung</b>				vom Montag bis Freitag?		
b) bis wann?		3.9.65		oder vom		Montag
5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist?		ja		bis		Samstag
(Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)						

Allgemeine  
Ortskrankenkasse  
5. OKT 1965  
Wiesbaden

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	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  
ist davon ausgegangen worden, daß der  
Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist \*\*)

vom

bis

\*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungs-  
betrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

\*\*) Falls der Betrieb zu einer davon ab-  
weichenden Fristberechnung gekom-  
men ist oder der Auffassung ist, daß  
ein Anspruch auf den Krankengeld-  
zuschuß nicht besteht, wird um ent-  
sprechende 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

Für den Versicherten

Bescheinigung des Arbeitgebers  
über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

<b>Nevado, Marisol</b> <small>Familien- und Vorname</small>		<b>17.12.44</b> <small>geboren am</small>	6. Letzter <b>abgerechneter</b> Lohnabrechnungs- zeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) vom <b>1.8.65</b> bis <b>31.8.65</b>	
<b>Hausgehilfin</b> <small>beschäftigt als</small>		<b>I</b> <small>Lohnsteuerklasse</small>	<b>-</b> <small>Bezieht der Beschäftigte Rente?</small>	
1. Letzter Arbeitstag <b>20.8.65</b>				
2. Das Arbeitsverhältnis ist <u>gelöst</u> zum <b>-</b> <small>gekündigt</small>				
3. Bei Arbeitsunfall: a) Unfalltag <b>-</b> b) Übliche Arbeitszeit am Unfalltag <b>-</b> c) Für den Unfalltag wurde/wird Entgelt für wieviele Stunden gezahlt <b>-</b> oder in Höhe von DM <b>-</b> d) Zuständige Berufsgenossenschaft: <b>-</b>				
4. Bis zu welchem Tag wird während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt weitergewährt? <b>3.9.65</b> Falls Sachbezüge weitergewährt werden: a) welche? <b>Soz.Vers., Kost-u.Wohnung</b> b) bis wann? <b>3.9.65</b>				
5. Bezieht der Beschäftigte ein Monatsgehalt oder einen festen Monatslohn, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen oder -stunden abhängig ist? <b>ja</b> (Wenn ja, brauchen die Fragen 8 bis 11 nicht beantwortet zu werden)				
		7. Für diesen Zeitraum betrug a) das Bruttoentgelt (ohne einmalige Zuwendg.) DM <b>451.--</b> b) der Nettolohn (ohne einmalige Zuwendg.) DM <b>212.35</b> c) in dem unter Ziff. 7a angegebenen Bruttoentgelt sind folgende Sachbezüge enthalten: <b>Art Soz-Ver. K+ W</b> Wert: DM <b>51.22</b> <b>153.--</b>		
		8. Anzahl der Stunden a) für die das Bruttoentgelt gezahlt wurde <b>-</b> b) die der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist <b>-</b> c) Zusammen <b>-</b>		
		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>-</b>		
		10. Für den Betrieb (Betriebsteil) übliche Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden <b>-</b>		
		11. Arbeitet der Betrieb (Betriebsteil), in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche? <b>7</b> vom Montag bis Freitag? oder vom <b>Montag</b> bis <b>Sonntag</b>		

Kastel, 2.10.1965

Datum

TV 53125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Gossner-Mission  
Main-Kastel

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers



# Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

Ist war	arbeitsunfähig - krank	vom	20. 8. 65
			bis
erhält erhielt	Krankengeld - Hausgeld	vom	4. 9. 65
			bis

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  
Arbeitgeberzuschuß zu zahlen ist \*\*) bis

\*) Krankengeld bzw. dessen Rechnungs-  
betrag i. S. § 1 ArbKrankhG.

\*\*) Falls der Betrieb zu einer davon ab-  
weichenden Fristberechnung gekom-  
men ist oder der Auffassung ist, daß  
ein Anspruch auf den Krankengeld-  
zuschuß nicht besteht, wird um ent-  
sprechende Mitteilung gebeten.

Datum

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

**Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit****FÜR DEN ARBEITGEBER**

zur Vorlage bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Wiesbaden

Name: Leimbart Vorname: Rosa Geb.-Datum: 3.5.05 Lohnsteuerklasse: IIWohnort: Mz-Kastel-Kostheim Beschäftigt als: Hausgehilfen Rentenbezieher: .....

1. Arbeitet der Betrieb (Betriebsstil) in dem der Beschäftigte tätig ist, regelmäßig an 5 Tagen in der Woche? . . . . .	<b>6 Tage</b>	8. Letzter abgerechneter Lohnabrechnungszeitraum (mindestens 4 Wochen) (3)	vom <u>1.8.65</u> bis <u>31.8.65</u>
vom Montag bis Freitag?		Unbezahlter Urlaub	vom <u>-</u> bis <u>-</u>
oder vom <u>Montag</u> bis <u>Samstag</u>		9. Für diesen Zeitraum betrug d. Bruttolohn/-Geh. DM (ohne einmalige Zuwendungen u. ohne Sachbezüge) (4)	<u>312.--</u>
2. Letzter Arbeitstag . . . . .	<u>31.8.</u>	daneben wurden folgende Sachbezüge gewährt	<u>-</u>
3. Das Beschäftigungsverh. ist <u>gelöst</u> zum <u>gekündigt</u>	<u>nein</u>	daneben wurden folgende einmalige Zuwendungen gewährt	<u>-</u>
4. Bei Arbeitsunfall: (Wegeunfall) Unfalltag <u>-</u>		10. Zahl der Stunden	
wieviel Stunden wurden am Unfalltag gearbeitet? <u>-</u>		a) für die der Bruttolohn gezahlt wurde . . . (5)	<u>-</u>
5. Letzter Tag für den vollen Lohn, Gehalt usw. gewährt wird (1) . . . . .	<u>31.8.65</u>	b) an denen der Beschäftigte unentschuldigt der Arbeit ferngeblieben ist . . . . . (5)	<u>-</u>
6. Werden Sachbezüge während der Arbeitsunfähigkeit weiter gewährt? . . . . .	<u>nein</u>	c) Zusammen . . . . .	<u>-</u>
wenn ja, welche <u>-</u>		11. Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit des Versicherten — ohne Überstunden — während der letzten drei Monate bzw. Lohnabrechnungszeiträume (6)	<u>-</u>
bis wann <u>-</u>		12. Nur ausfüllen, wenn regelmäßig in jedem der 3 letzten Monate bzw. Abrechnungs-Zeiträume von je 4 bzw. 5 Wochen Überstunden geleistet wurden (7)	
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)	<u>Ja</u>	Überstunden im letzten Zeitraum = Monat/ 4 bzw. 5 Wochen . . . . . Std.	
		vorletzten Z. = M./4 bzw. 5 Wochen . . . . . Std.	
		davorlieg. Z. = M./4 bzw. 5 Wochen . . . . . Std.	
		zusammen . . . . . Std.	
		ergibt durchschnittliche wöchentliche Überstunden	
		regelmäßige wöchentl. Arbeitszeit unter Berücksichtigung der regelmäßigen Überstunden Ziffer 11 und 12	

11. September 1965

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

IV 53 125

Konto-Nr. des Arbeitgebers

**Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung**

für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

ist	arbeitsunfähig - krank	vom	bis
war			
erhält	Krankengeld	vom	bis
erhielt	Hausgeld	vom	bis
Das Krankengeld*)	trägt	in v. H. des Regellohnes	% =
einschl. Verletzengeld			DM
Das Hausgeld	trägt	in v. H. des Krankengeldes	% =
einschl. Verletzengeld			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

- Bitte in Ihrer Antwort angeben -

Hausanschluß

des Sachbearbeiters

Tag

IV/53 125/0e

80

28. März 1967

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	3,39	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	3,39	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
144	4080	17

Mit freundlichen Grüßen  
In Auftrage:

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

(Schwabinger)

Hauptgeschäftsstelle  
62 Wiesbaden, Blücherstr. 21  
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

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:

a) welche?

nein

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

vom

28.2.67

bis

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

GOSSNER MISSION

6563 MAINZ-KASTEL

JOH.-GOSSNER-STR. 14

7. 3. 1967

Datum

IV/53125

Kto.-Nr. d. Arbeitgebers

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Für den Arbeitgeber

Bescheinigung des Arbeitgebers  
über Arbeitsentgelt und Arbeitszeit

Gossner Mission



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

# Bescheinigung

für die Berechnung des Krankengeld-Zuschusses

ist war	arbeitsunfähig - krank	vom	4.3.67
		bis	18.3.67
erhält erhielt	Krankengeld - Hausgeld	vom	5.3.67
		bis	18.3.67
Das Krankengeld *) beträgt in vH. des Regellohnes	1) vom bis vH. DM	2) vom bis vH. DM	
	12.59		

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 Rechnungs-  
betrag i. S. 8 i ArbKrankhG.

\*\*) Falls der Betrieb zu einer davon ab-  
weichenden Fristberechnung gekom-  
men ist oder der Auffassung ist, daß  
ein Anspruch auf den Krankengeld-  
zuschuß nicht besteht, wird um ent-  
sprechende Mitteilung gebeten.

Datum 20.3.67

Unterschrift *W. Kosthelm*  
W. Kosthelm

## 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

(Unterschrift)

# Allgemeine Ortskrankenkasse Wiesbaden

Blücherstraße 12 – Schließfach 3125

Fernruf  
Sammelnummer 40041

Bankkonten bei allen Banken in Wiesbaden

Postscheckkonto:  
Frankfurt a. M., Nr. 8893

Herrn/Frau/Frl./Firma

GOSSNER HAUS

6503 WI KASTEL

GENERAL MUDRA STR 1 3

## Einzahlungsauftrag

Konto-Nr.	Inst.	Konto Nr.	Tag	Mon.	Jahr
53125			1	0	3

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

## BEITRAGSRECHNUNG / KONTOAUSZUG

Buchungstext				Tag	Mon.	Jahr	Grd.	Beitr.	Soll		Haben	
Name des Versicherten				Gruppe	Stufe	Tage		Mon.	DM	Pf	DM	Pf
vom		bis										
10165310165	PAR	3180	00	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
Zur Beachtung! Die Beiträge sind innerhalb 3 Tagen kostenlos einzuzahlen oder zu überweisen (§ 49 der Satzung)								Kontostand am:	280265	16992		
								Konto-Nr.	53125	Schuld	Guthaben	

Reinhold:  
Bitte mit Telefon-Rückfrage  
klären, worum es sich handelt  
(Lohn)

Irtrum 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.

Etwalge 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

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

Betrifft:  
Spalte Stufe  
Lohnstufe

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22

Betrifft:  
Spalte Grund

00 - Lohnstufenänderung  
01 - Gruppenänderung  
03 - sonstige Gründe  
04 - Abmeldung  
05 - Anmeldung  
06 - Beginn der Beitragsfreiheit  
07 - Ende der Beitragsfreiheit  
08 - Beginn und Ende der Beitragsfreiheit in einem Monat  
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  
22 - berichtigte Beitragsnachweisung (§ 318 c RVO)  
27 - Ordnungsstrafe  
28 - nicht eingelöste Schecks  
29 - sonstige Kosten der Zwangsvollstreckung  
30 - Barkasse  
31 - Postscheck  
32 - Bank  
33 - Zahlstelleneinziehung  
34 - Bankelneziehung  
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, genannt

21. Dec. 64

R. Schrade

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: Stobbe*

*Handwritten initials: JH*

20.6.1964

GH/W./C1.

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 61  
 des Sachbearbeiters

Tag 20.5.64

Meldestelle

Beitrags-Kto. 6.53125.....

Betr.: Anmeldung <sup>an/</sup> vom 16.2.64  
 Arbeitnehmer: 1) Mercedes Nevado, Kastel 7.10.46  
 2) Maria Nevado, Kastel geb. 17.12.44  
 beschäftigt als Hausmädchen

Die Anmeldung <sup>an/</sup> für die Obengenannten sind am 19.2.64 bei unserer Kasse eingegangen. Wir bitten zu beachten, daß die von Ihnen angegebene Beitragsgruppe <sup>A 1</sup> 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 <sup>A 2</sup> .....

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)

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

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



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 Irmtraud 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 Wirtschafterin. 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 Versiche-  
ter 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.	Renten-Versichg. d. Arbeit.	Beitragsgruppe	Angestellte	Kranken-Versichg.	Arbeits-Versichg.	Renten-Versichg. 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	ü. 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	Arbeitgeberanteil	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	ü. 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 Rentenversichg. beziehen, ab Rentenbeg. (bis 7920.- DM JAV)	ja	nein	Arbeitgeberanteil	C u. L (7%)
bei Entgelt über 660.- DM mtl. (154.- 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	ü. 7920.- DM bis 9000.- DM JAV	nein	ja	ja	O
während der letzten 12 Monate des Ausbildungsverhältnisses	ja	ja	ja	A	ü. 9000.- DM bis 15000.- DM JAV	nein	ja	ja	L u. M
8. Anlernlinge mit schriftlichem Vertrag von mindestens achtzehnmonatl. 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. D<sub>2</sub>) bei Fortzahlung des Entgeltes für mindestens 18 Wochen mit einer - 3 - (z. B. D<sub>3</sub>) versehen.

**ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE**  
**WIESBADEN**  
**POSTFACH 3125**

**AOK**

Gossner Haus  
.....

.....  
6503 Mainz-Kastel  
.....  
.....

Hauptgeschäftsstelle: 62 Wiesbaden, Blücherstraße 12

Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen IV/Pe  
- Bitte in Ihrer Antwort angeben -

Hausanschluß 61  
des Sachbearbeiters

Tag 26.5.64

Meldestelle  
Beitrags-Kto. 53125 .....

Betr.: Anmeldung vom 1.4.64  
Arbeitnehmer: Michael Hofer, Kastel  
beschäftigt als Diakon-Praktikant geb. 6.9.39 .....

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 .....

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 40041

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

**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 -

Hausanschluß

des Sachbearbeiters

Tag

IV/Pe

61

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 Beitrags-  
gruppe ..... A 1 für die Beitragsberechnung nicht zutreffend ist.

Aufgrund der von Ihnen angegebenen Berufsbezeichnung besteht nach den gesetz-  
lichen 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:  
*[Signature]*

Hauptgeschäftsstelle  
Wiesbaden, Blücherstr. 12  
Fernruf 40041

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

Dienststunden  
Montag bis Freitag 8 - 12.30 Uhr  
samstags geschlossen

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



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./Cl.

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. Haschel*  
*Eleonorenstr. 64*

Hauptgeschäftsstelle: Wiesbaden, Blücherstraße 12

Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen  
- Bitte in Ihrer Antwort angeben

Hausanschluß  
des Sachbearbeiters

Tag

Konto-Nr.

56

28. 11. 63

*IV 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,  
Kostheim, 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 <sup>SV</sup> Tariff für die Praktikantinnen ist,  
sofern sie unter 18 Monaten <sup>hier</sup> beschäftigt  
sind, [A2] (nicht B2).

Für Spiste Nachberechnung + Nachzahlung März  
" Normu + Rippke + Spiste Nachberech. April.

Neues Bonkto:

368,43

364,78

3.65

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
2,55	367,33	2,82	367,60	3,10	367,88

LS - Nachber.

367,88	25,-	L.St
- 65	2,50	K.St
368,43		



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

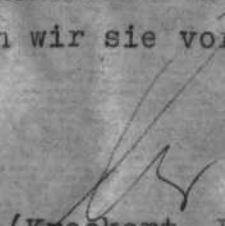
Die Arbeitnehmer

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 .....  
Wiesbaden-Kastel .....  
Eleonorenstr. ....

*fr. Jan. E 2*  
*Ab. Jan. D 2*

Hauptgeschäftsstelle: Wiesbaden, Blücherstraße 12  
Fernruf: Sammelnummer 40041

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen  
- Bitte in Ihrer Antwort angeben -

Hausanschluß  
des Sachbearbeiters

Tag

Meldestelle  
Beitrags-Kto. 53125 .....

10. Januar 1962

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)

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

Hauptgeschäftsstelle  
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  
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		
	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		
	tgl.	wchtl.	mtl.	tgl.	wchtl.	mtl.	tgl.	wchtl.	mtl.
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

An die  
Gossner Mission  
-Personalabteilung-

Datum des Poststempels

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), steuerpf. Ausgaben des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung des Arbeitnehmers usw.  
Die Art der Zuwendung bitte in Spalte „Bemerkungen“ kennzeichnen.

## Barmer Ersatzkasse

Gesch.-Stelle:

## Mainz-Kastel

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf der Rückseite!)

Betrifft Firmenliste Nr.

64

[illegible]

den

19

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)

Pestsch..Kto. Ffm. 82446

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

Spar- u. Kreditbank Htz-Nostholm Nr. 795

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Rhein-Main-Bank Mz.-Kastel Nr. 61275

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

## Barmer Ersatzkasse

### Firmenbeitragsrechnung für den Monat

August

19.....65

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 5.8.65 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 31.8.65, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]





Postsch..Kto. Fim. 02446

Bk. Kto. Commerzbank Maa.-Kestel Nr. 54504

Spar- u. Kreditbank Mz-Kostheim 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**.

## Firmenbeitragsrechnung für den Monat Juli 1965

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel      Zahlstelle: --

Die Beitragsrechnung wurde am 2.7.1965 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 31.7.1965, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]

Postsch. Kto. Ffm. 82446

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

Spark- u. Kreditbank Mz-Kostheim Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

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

**Firmenbeitragsrechnung** für den Monat Juni

19 65

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel

Zahlstelle: --

Die Beitragsrechnung wurde am 3.6.1965

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 30.6.1965, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]

Postsch..Kto. Ffm. 82446

Bk. Kto. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 64584

Spar- u. Kreditbank Mz-Kostheim Nr. 796

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Rhein-Main-Bank AG, Kasse Nr. 81275

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

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel

Zahlstelle: --

Die Beitragsrechnung wurde am 29.4.1965 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 31.5.1965, vorbehaltlich der Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu werden.

[illegible]







Postsch., Kto. Ffm. 82446

L.A. Kfo. Commerzbank Mz.,-Kestel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz-Kostholm Nr. 795

Stadtparkasse Mainz, Filiale Niz.-Kastel Nr. 4211

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

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

**Firmenbeitragsrechnung** für den Monat März 19 65

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel

Zahlstelle: --

Die Beitragsrechnung wurde am 8.3.1965 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 31.3.1965, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]

Page No. 18, Vol. 82446

Bk. Nr. Commerzbank (Hr.-Kastel Nr. 54584

Sparg. u. Kreditbank Niz-Kostholm Nr. 796

Stadtparkweg Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

Rhein-Neckar-Bank, Mz.-Kasse Nr. 81275

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

**Firmenbeitragsrechnung** für den Monat Februar 1965

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel      Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 9.2.1965 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 28.2.1965, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]

Postch..Kto. Ffm. 82446

Uk. Kto: Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank Mz-Kostheim 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 12.1.1965 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 31.1.1965, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]





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

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

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Dezember 1964

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 1.12.64 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 31.12.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]





# 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

*für Herrn Minnow*

# 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.
41	40,—	41 F	55,—	
42	42,—	42 F	57,—	
43	32,—	43 F	47,—	
SL	5,—	S	26,—	
				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).

## 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.
51	17,—	51 F	27,—	
52	21,—	52 F	31,—	
53	26,—	53 F	36,—	
		SE	21,—	
				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).





Stadtparkasse Mainz, Filiale Ing.-Kaszel Nr. 4211

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

**Firmenbeitragsrechnung** für den Monat November 1964

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 höflich, 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 4 M.-Kastel Gossner Mission	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung <b>Staffel III m</b>	Krankenkasse und Angest.-Versicherung <b>Staffel II</b>	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) <b>Staffel I</b>	Bemerkungen
Gossner Mission Übertrag:					
6 741 297 G 4 Clotz, Frau Margot					aussgeschieden 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	32 F			55,00	
		247,50 /		55,00 DM 302,50 /	
Zu übertragen:					

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel

Zahlstelle: -

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

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

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

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

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 höflich, die Gesamtsumme bis zum 31. 10. 64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]



Geschäftsstelle: Mus.-Kastel

Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 27.8.64 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 30.9.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 62446

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.**

[illegible]

Geschäftsstelle: HZ. - Kassel 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 höflich, die Gesamtsumme bis zum 31. 3. 64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

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

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

Spar- u. Kreditbank Mz.-Kastell Nr. 795  
Sparkasse Mainz Filiale Mz.-Kastell Nr. 4211

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

[illegible]

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel      Zahlstelle: entf.

Die Beitragsrechnung wurde am 30.6.1964 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 31.7.1964, 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. Kreditbank Mz.-Kostheim Nr. 795

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

[illegible]





Barmer Ersatzkasse

Firmenbeitragsrechnung für den Monat 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.-Kastel Nr. 795

Stadtsparbank Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 1211  
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 4 -		50,00	DM 417,90



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

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

[illegible]

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

Form. 23 a I. 61

Gossner  
Mission



Barmer Ersatzkasse

Malnz-Kastel

Falls Empfänger verzogen, mit Angabe  
der neuen Anschrift zurückerbeten.

POSTKARTE  
(mit Antwortkarte)

An

Jede  
Anschrift  
mit  
Postleitzahl  
die

Gossner - Mission



6503

Mainz-Kastel  
Eleonoren Str. 64

Postsch-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kio. Commerzbank HZ.-Karte Nr. 54534

Sper- u. Kiedelbank etc. -Kordheim Nr. 795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

**Firmenbeitragsrechnung** für den Monat April 1964

Geschäftsstelle:

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 höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.5.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]





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.....  
(Genaue 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-/Firm.-L. Nr.: ..... Wird  
Zuteilung zur BV/VSt .....  
Anr.: BEK/..... vom ..... bis .....  
FH ..... M.-Nr. ....

Firmenl.  
Hebeliste

gewünscht? Ja/nein Statistisch erfaßt: .....

Zweigstelle  
Zahlstelle

Betriebsausgabestelle? Ja/nein

Austritt/Ausschluß, Rückstand DM .....

Von der  
Hauptverwaltung  
auszufüllen! Eingangsdatum:  
Mitglieds-Nr.: .....

Aufgenommen zum ..... 196

Geschäftsstelle: MZ. - Kassel

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.-Kosheim Nr. 795

StadtsparKasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

[illegible]




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.




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.





Geschäftsstelle: *MZ. - Kassel* Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 3. 7. 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 10.2.64, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kio. Commerzbank AG-Kassel Nr. 54584

Spar- u. Kreditbank AG - Kottbus Nr. 775

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mainz-Kastel Nr. 4211

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

[illegible]



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

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Dezember 1963

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 höflich, 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 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 (Grafifi- kationen usw.) bitten wir uns recht zeitig zur Beitragsberechnung mitzuteilen.					



# Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

zur Vorlage beim Arbeitgeber

Herr  
Frau  
Frl.

(Name)

(Vorname)

Oldenburg Sieglinde

geboren am:

3. III. 32

steht seit

13. IV. 63

in meiner ärztlichen Behandlung

und ist seit dem

13. IV.

arbeitsunfähig.

Dr. med. Röttger

Lehrstuhl für Medizin, Darm

Stoffwechselkrankheiten

Bad Mergentheim

, den

0.7. 64.

(Ort)

(Datum)

*Röttger*  
(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.)

Mission

Partsch-Klo. Fl. 1795.

Bk.Kto. Commandant 1-2

Spar- u. Kred.konten 7.5

Stadisparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

**Firmenbeitragsrechnung** für den Monat November 1963

Geschäftsstelle: MZ - Kassel

Zahlstelle:

465

Die Beitragsrechnung wurde am 21.10.63 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 10.12.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]

Postsch-Klo. Ffm. 2<sup>te</sup> 3.8.8.

Bk.Kto. Commerzbank AG - Kasse Nr. 54578

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

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

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 höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.11.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]





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

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

Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

Firmenbeitragsrechnung für den Monat September 1963

Geschäftsstelle: MZ - Kassel

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 23.8.63 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. 10. 63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]



# **Monatlicher Beitrag ab 1. August 1963**

<b>Ohne Leistungen aus der Familienhilfe</b>		<b>Mit Leistungen aus der Familienhilfe</b>	
Klasse	Beitrag DM	Klasse	Beitrag DM
<b>Gruppe B</b>			
30	31,—	30F	45,—
31	34,—	31F	48,—
32	36,—	32F	50,—
<b>Gruppe C</b>			
40	31,—	40F	45,—
41	36,—	41F	50,—
42	38,—	42F	52,—
43	28,—	43F	42,—
SL	5,—	S	24,—
<b>Gruppe D</b>			
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**



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

Wir bitten deshalb höfl., die Gesamtsumme bis zum 10.9.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Form 154 / 2-10-64 III. 62



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

## Zahlstelle:

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.8.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Zu übertragen:





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

## Zahlstelle:

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

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

[illegible]



Stadtparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kastel Nr. 4211

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

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Mai 19 63

Geschäftsstelle: *MZ. - Kassel*

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

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	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.-	M 388.70 F.
			A 395.42 wegen Erhöhtg Dupin		P.S.K. 5/6. Beleg 12 + 67.20 455.90

Postscript - K'o. Ffm. 82446

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

Spar- u. Kreditbank Mül.-Neudamm Nr. 793

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mainz-Kastel Nr. 4211

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

## Firmenbeitragsrechnung für den Monat April 1963

Geschäftsstelle:

HZ. - Kasten

Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 28.3.63 ausgestellt.

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

Wir bitten deshalb höf., die Gesamtsumme bis zum 10.5.63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]



Beitrag "Klo. Fm. 27446"

Bk.Kfo. Comptroller's Office - Kariol Nr. 54584

795

Stadtsparkasse Mainz, Filiale Mz.-Kaslei Nr. 4211

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

Firmenbeitragsrechnung für den Monat März 1963

Geschäftsstelle:

## Hz-Kasten

Zahlstelle:

März

1963

Die Beitragsrechnung wurde am 27.2.63 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. 4. 63, vorbehaltlich späterer Verrechnung, **zunächst unverändert** auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

[illegible]





# Barmer Ersatzkasse

Postfach-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kto. Lohnabzug Kto.-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.

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Februar 19 63

Geschäftsstelle: Mz.-Kastel

Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 29.1.63 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 10.3.63, 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	8	53,75			
4 215 463 G 4 Missinger, Friedrich	32F			46,00	
		275,50 ✓		46,00	DM 321,50 Fz.
					Bezahl am: <u>21/3.63</u> durch: <u>W. CB</u>
Kont. Mitterteilung 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:					



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

Wir bitten deshalb höflich, die Gesamtsumme bis zum 10.12.67, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.



~~Herrn~~ Fr. Suzanna Eaton

**Barmer Ersatzkasse**

**Mainz-Kastel**

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

Falls Empfänger verzogen, mit Angabe  
der neuen Anschrift zurückgeben.

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



MAINZ  
2000 Jahre  
1962 \*  
38 v. Chr.-





# Barmer Ersatzkasse

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.

## Firmenbeitragsrechnung für den Monat September 1962

Geschäftsstelle: Mainz - Kastel

Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 3.9.62 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 10.10.62, 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:				
6 741 297 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					
Nevenda, Puvhai 679 1799 G4	11	51,73			0. 11. - 31.8.62
Nevenda, Puvhai	11	73,90			
Gossner Mission		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

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

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

Firmenbeitragsrechnung für den Monat Juli 19 62

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.

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	120,95			
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	DM: 337,86
		<del>6,30</del>			11. 6,30
		278,86	6,30	46,00	DM 331,16 Sp

Gossner

Mission





**Barmer Ersatzkasse**

Vom Arbeitgeber  
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn  
Fr L.

Purhei Nevada

geb.: 18. 11. 42

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

Moz - Kassel, General - Mucha - 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.



**Barmer Ersatzkasse**

Vom Arbeitgeber  
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn  
Fr U.

Susanne 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 - Kassel, Leonorenstr. 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).

Mainz - Kassel,

den 3. 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.



Geschäftsstelle: MZ-Kassel

Zahlstelle: 0 1

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

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk. Kle. Commerzbank Mz.-Kastel Nr. 5458A

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

Bei Überweisungen bitten wir um Angabe des  
nächststehenden Firmenpostfaches.

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>

Geschäftsstelle: NZ - Kassel

Zahlstelle:

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Postsch.-Kto. Ffm. 82446  
Bk.Kto. Commerzbank HZ-Kastel Nr. 54584  
Bk.Kto. HZ-Kastel Nr. 54584

Sparkassenbank AG - Kassel Nr. 3430  
Spar- u. Kreditbank AG - Korbheim Nr. 795  
Mittelhessische Filiale AG - Kassel

Spar- u. Kred Bank Mz - Kassel Nr. 4211

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

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 höfll., 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	
Clotz, Margot	14	94.15			
		268.80		46.00	Sum: 314.80
Gossner Mission					



**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

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

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

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

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 26.4.62 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 10.6.62 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	32F			46,00	
		174,70		46,00	DM 220,70

Gossner

Form. 155/2 f. d. III. 61

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel

Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 20.3.62 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 10.4.62, vorbehaltlich späterer Verrechnung, zunächst unverändert auf eines d. nebenstehend. Konten überweisen zu wollen.

Postsch.-Klo. Ffm. 82446

Bk.Klp. Commerzbank AG.-Kastel Nr. 54584

Spar- u. Girobank AG - Korbheim Nr. 795

Sparkasse 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	6.30 <del>25.20</del>		Rest Dez. + Febr.
4 215 463 G 4 Weissinger, Friedrich	32f			46.00	
		174.70	6.30 <del>25.20</del>	46.00	DM: 245.90
					- 18.90
					227.-



# Barmer Ersatzkasse

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.

## Firmenbeitragsrechnung für den Monat März 19 62

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 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 <b>G 4 M.-Kastel</b>	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung <b>Staffel III m</b>	Krankenkasse und Angest.-Versicherung <b>Staffel II</b>	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) <b>Staffel I</b>	Bemerkungen
<b>Gossner Mission</b>					
Übertrag:					
4 897 132 G 4					
Oldenburg, Sieglinde	5		4980		(da Beitr. v. DM 0,60)
4 215 463 G 4					
Weissinger, Friedrich	36F			46.00	
6 332 467 G 4					
Boetke, Ingrid	18		113.40		Febr. 62 <i>Kindergeb.</i>
6 332 467 G 4					
Boetke, Ingrid	18		113.40		März 62
			276.60	46.00	DM: 322.60 <i>unver.</i>
					113.40
					209.20

Gossner



# Barmer Ersatzkasse

Vom Arbeitgeber  
sorgfältig aufzubewahren!

(Nach Beschäftigungsende etwa noch 3 Jahre)

Herrn  
Fr

*Yngnid Goetze*

geb.:

*4.4.39*

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-Birstell Tugendwohnhau*

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.

*Klickert*



### 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

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	32F			46.00	
			31.50	46.00	DM 77.50

Gossner

Form. 155/2 vom 11. 61

Mission



# 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 höflich, 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.-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:					
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 <i>fm</i>

Gossner



# Barmer Ersatzkasse

## Firmenbeitragsrechnung für den Monat Dezember 19 61

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle:

Die Beitragsrechnung wurde am 28.11.61 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 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	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung Staffel III m	Krankenkasse und Angest.-Versicherung Staffel II	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) Staffel I	Bemerkungen
<b>Gossner Mission</b>					
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 ✓	DM 77,50 ✓ Sil

Bezahlt am: 5.12.61  
durch: 931. Hermann

Gossner

Form 155/2 fach III, 61

Mission





## 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 Goßner-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 19 61

Geschäftsstelle: Mainz-Kastel Zahlstelle: -

Die Beitragsrechnung wurde am 26. 10. 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. 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**.

1	2	3	4	5	6
Firma <b>G 4 M.-Kastel</b> <b>Gossner Mission</b>	Klasse	Krankenkasse, Arbeitslosen- und Angest.-Versicherung <b>Staffel III m</b>	Krankenkasse und Angest.-Versicherung <b>Staffel II</b>	Krankenkasse (Freiwillige Mitglieder) <b>Staffel I</b>	Bemerkungen
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

Postsch.-Kto. Ffm. 82446

Bk.Kfo. 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**.

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

[illegible]





# Barmer Ersatzkasse

## Firmenbeitragsrechnung für den Monat September 19 61

Postsch.-Kto. Hm. 82446

Bk.Kto. Commerzbank f.z.-Kastel Nr. 81003

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

Stadtsperkasse 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	DM 46,00 <i>für</i>

Gossner

Form 155/2 f. d. III, 61

Mission



# 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**

Postcheckkonto:

**FFM 13703**

Fernruf:

**66073/62173**



# Beitragsrechnung

27.7.65

Wiesbaden-Biebrich

am

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

Gossner  
Mission



**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

Postcheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173



Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gossner  
Mission



# 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		
Wolter, 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. Kartel

Gossner - Mission



# Beitragsrechnung

Wiesbaden-Riebrich

- 2. 6. 65

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schradt, 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.

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



# Beitragsrechnung

Wol. Bielefeld, am 17.3.65

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schröder 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:

Fernruf:

FFM 13703 8/66073/62173

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 Glade	1/65		95,75		
	2/65		95,75		
			191,50		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 191,50

an 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



# Beitragsrechnung

Wiesbaden-Riebrich

11. 1. 65

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

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos.-Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schmidt, O.	12/64		85.75		
	1/65		85.75		
			181.50		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages

in Höhe von DM 181.50

..... 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

Postkarte

0345-50064

Firma/Herrn/Frau

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.  
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postscheckkonto:

FFM 13703

Fernruf:

66073/62173

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS

Gossner  
Mission



# Beitragsrechnung

Wiesbaden, den 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.

Gehaltsänderungen bitten wir uns stets anzugeben.

**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**



# 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.



**DAW** überall bewährt  
*in guten und in  
schlechten Stellen*  
**WIESBADEN-BIEBRICH**  
**RATHAUSSTR.**



**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**



# Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

1. 9. 64

, am

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.

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:

**FFM 13703**

Fernruf:

**66073/62173**

Gössner  
Mission

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Schrade, R.	7/64		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.

Adressänderungen 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



# Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

2. 6. 64

, am

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Rinhold Schrader	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.

Mission

**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

am 18. 6. 64

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Görande, 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**

Gossner  
Mission

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

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Gehrade, R.	4/64		93.65		
	5/64		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

Gossner  
Mission



# Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

15.4.64

, am

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-KRANKENKASSE**  
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG

Bezirks-Geschäftsstelle:

6202 WIESBADEN/BIEBR.  
RATHAUSSTR. 60

Bankkonten:

NASS.SPARK.128776

Postcheckkonto:

FFM 13703

Fernru:

66073/62173

Postkarte

0345-50064

Firma / Herrn / Frau

GOSSNER MISSION

6503 WI KASTEL

GOSSNER HAUS



# Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

1. 3. 44

(Stempel)

am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter 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-Biebrich, 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



# Beitragsrechnung

Wsb.-Biebrich

*[Signature]*

25.2.64

(Stempel)

am

(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.**

213/410f (An 2)

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



DAK

Überall bewährt  
Drucksache  
*in guten und in  
schlechten Zeiten*

WIESBADEN-BIEBRICH  
RATHAUSSTR. 50



DAK

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE  
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG  
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

An das  
Gossner-Haus  
Gossner-Mission

6503 Wsb.-Kastel  
Gossner-Haus

wie nebenstehend erläutert

ausfertigen und an die DAK zurücksenden

An die

# DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

6202 Wiesbaden-Biebrich

Sehr geehrte Firmal

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.

Bezüglich des St. 11.11.1981, die neben dem regelmäßigen Arbeitsentgelt gezahlten Gewinnanteile, Provisionen, Verkaufsprämien, Vergütungen für Überstunden oder sonstige Zuwendungen (z. B. Weihnachts- und Neujahrsgeldern, 13. Monatsgehalt, Urlaubshilfe, Abschlusvergütung 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 Neueneinstellungen 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 rechtzeitige Einsendung dieser Veränderungsmeldung unterstützen. Herzlichen Dank für Ihr Entgegenkommen.

Mit freundlichem Gruß

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

[illegible]

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.....

<sup>\*)</sup> Bei Stellenwechsel geben Sie uns bitte, falls bekannt, den neuen Arbeitgeber auf.

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)



# 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)	
Yvonne 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**



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

**DAK** - Bezirksgeschäftsstelle  
Wiesbaden-Biebrich  
6200 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486  
Rufnummer: 03-Fernruf: 66073 u. 62173  
Postfach 1000, Frankfurt/M. 137 03  
Bankleitz.: Haus. Spark. Biebrich 128776

(Blockstempel)

Drucksache

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 1 7. 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	
Uhrade J. Q.	12/63		87.35		
			87.35	56.70	

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 154,05<sup>2</sup>  
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

um 10,- DM Vorgrünst

**DEUTSCHE****ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE**

überweisen 144,05

**Veränderungen bitten wir  
uns stets aufzugeben.**

213/410 f (AL 1) alt 226/103

MISSION

DAK

Überall bewährt  
in guten und in  
schlechten Zeiten

DAK

WESBADEN-BIEBRICH  
U.S.S.R. 60

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE  
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG  
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

DAK Geschäftsstelle  
Wesbaden-Biebrich  
6202 Wesbaden-Biebrich, Postfach 9486  
Rathausstr. 60-Formruf: 66073 u. 62173  
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03  
Bankkto.: Nass. Spark. Biebrich 128776

Drucksache 63



Gossner-Mission

6503 Wob. Kastel

Eleonoren Str.



# 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	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  
Postcheckkonto: 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

Lebmannstr.



Sehr geehrtes Mitglied!

Bez.: Peter, Jürgen - Sonade 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 .....

**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 den

Gossner - Kreis

6503

Wsb. Kreis

Honorendis.

**Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.**

Ort.: **Ravensburg**

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

**Zur Aushändigung an den Arbeitgeber**

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 auszuführen.

\*) § 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 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.

**Diese Bescheinigung ist vom Arbeitgeber aufzubewahren und bei Betriebsprüfungen vorzulegen.**



# 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 (Alt T) alt 226/103

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

Mission



DAK Überall bewährt  
in guten und in  
schlechten Zeiten  
DAK WIESBADEN-BIEBRICH  
U.S.S.R., 60

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE  
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG  
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

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

Drucksache



An die  
Gossner-Mission

6503 Wab. Kartel

Eleonorendt.

Gossner (Blockstempel)  
Mission

# DAK Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter Jürgens	963		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.

213/410f (An 2)

DAK Bezirksgeschäftsstelle  
Wiesbaden-Biebrich  
61021 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486  
Telefon: 60-77771-1 bis 60-77771-10  
Postcheckkonto: 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

Heimverehr.

# DAK Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich

10.8.63

(Stempel)

, am

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Peter Jüngen	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.

213/410f (An 2)

DAK - Bezirksgeschäftsstelle  
Wiesbaden-Biebrich  
6202 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486  
Rechnung, CO-Beitrag: GGR. 3 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

Wol. Korte

Heimkehr





# Beitragsrechnung

19.7.63

Wiesbaden-Biebrich

(Stempel)

, am

(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.

Gehaltsänderungen bitten wir  
uns stets aufzugeben.

**DAK - Bezirksgeschäftsstelle**  
Wiesbaden-Biebrich  
6202 Wiesbaden-Biebrich, Postfach 9486  
Rathausstr. 60-Telefon 6 4203 u. 62173  
Postscheckkonto: Frankfurt/M. 137 03  
Bankkonto: Nass. Spark. Biebrich 128776

DAK

Überall bewährt  
Drucksache  
in guten und in  
so schlechten Zeiten



WIESBADEN-BIEBRICH  
RATHAUSSTR. 60

An die  
Gossner Mission

DAK

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE  
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG  
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

Wolb. Kasel  
lebonorendis.

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Lubersburg

, 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

*Mah*

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

200 521 (4r 2)

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 befiehlt das Ersatzkassen-Mitglied von der Mitgliedschaft in einer Pflichtkrankenkasse (Orts-, Betriebs-, Land- oder Innungskrankenkasse) (§ 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

Rathhausstr. 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.

Hochachtungsvoll ✓





# Beitragsrechnung

Wiesbaden-Biebrich, am 19. 2. 63

(Stempel)

(Stempel)

Name	Beitr.- Monat (Zahl)	Nur Krankenk. DM	Krankenk. Rentenvers. Arblos. Vers. DM	Krankenk. Rentenvers. DM	Bemer- kungen
Jah, Biebrich	2/63		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  
uns stets aufzugeben.

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE

**DAK** Überall bewährt  
*in guten und in schlechten Zeiten*  
**DAK** WIESBADEN-BIEBRICH  
 KATHAUSST.



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

*An die  
 Gossner - Mission*

**DAK-Beitragskassenstelle**  
 Wiesbaden-Biebrich  
 Anschaustr. 60 — Fernr.: 6 60 73  
 Geöffnet: Mo-Fr 9-13 Uhr  
 außer am Sonntag 16-18 Uhr  
 Postfachkonto: Frankfurt/M. 137 03  
 Bankkonto:  
 Nat. Landesbank Biebrich 128774

*Wolke - Karl  
 Kleinwends.*



# 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		

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



DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE  
(ERSATZKASSE) SITZ HAMBURG  
GENOSSENSCHAFTLICHE SELBSTHILFE

DAK-Bezirksdirektionsstelle  
Wiesbaden-Biebrich  
Rachbahn 60 - Fernamt 6 60 73  
Schriftl. anfragen Freitag 9 - 13 Uhr  
außerhalb der st. 16 - 18 Uhr  
persönlich geöffnet  
Polizeibezirk: Frankfurt/M. 137 03  
Bankkonto:  
Noll, Ländebank Biebrich 12879

Drucksache



An die  
Gossner Mission

Wob. 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



DAK  
DAK

Überall bewährt

in guten und in  
schlechten Zeiten

WIEN-BIEBRICH  
AUSSTELLUNG

Drucksache



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

**DAK-Vertikogeschäftsstelle**  
**Wiesbaden-Biebrich**

Katharinenstr. 60 — Fernruf: 6 60 73

Öffnungszeiten: Montag-Freitag 9—13 Uhr  
Samstag 9—12 Uhr  
Sonntag geschlossen

Postfach 10000, Frankfurt/M. 137 03

Geschäftsführer:  
Herrn Landbank Biebrich 128776

Gossner - Mission

Wolb. Kasil

Gen. Midra - s.



# 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	2/62	21.-			
Gehrmann			53.25		
Simon			66.60		
Zäh			93.25		
		21.-	213.10		

Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 234.10  
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Inhaltsänderungen 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  
geöffnet: montags-freitags 9-18 Uhr  
sonntags 16-18 Uhr  
sonst geschlossen  
Telefon: 137 03  
Telefax: 128 774



Drucksache

Gossner - Mission

Wob. Kastel

Heimannstr.

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Wi.-Biebrich 2.5.1962

....., 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 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.



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



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





# 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
Heilmann	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

DAK-Bezirksgeschäftsstelle  
Wiesbaden-Biebrich

Rathausstr. 60 — Fernruf: 6 60 73

Geöffnet: Montag-Freitag 9-13 Uhr  
außerdem sonntags 12-18 Uhr  
Sonntags geöffnet

Polizeidirektion: Frankfurt/M. 137 03

Kassenkonto:

Neff. Landesbank Biebrich 128774



Drucksache



Fa.

Gossner - Mission

Wied. Kostel

Heinrich



**Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.**

**Zur Aushändigung an den Arbeitgeber**

W.-Biebrich, am 17.4.1962

für ~~Max Frau~~ Frl. Benne Vorname: Marie

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

Firma: Gossner-Haus, W.-Kastel, Eleonorenstr. 64 seit 16.4.1962

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.

AK-Bezirksdienststelle  
Wiesbaden-Biebrich

Rathausstr. 60 — Fernruf: 6 60 73

öffnet: montags-freitags 9-13 Uhr  
außerdem Donnerstags 16-18 Uhr  
sonntags geschlossen

Postfachkonto: Frankfurt/M. 137 03

Kassenkonto:

Helf. Landesbank Bielefeld 12827

(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  
Kallero: autern  
Marktstraße 44-48 -- F. 01 49 54/56  
Postfachkonto: Ludw. Meinen 198 36  
Bankkonto: Kreisbank Kallero: autern 530

(Blockstempel)



# 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	

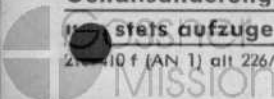
Wir bitten um Überweisung des Gesamt-Rechnungsbetrages in Höhe von DM 199.65  
auf unser Postscheck- bzw. Bankkonto.

**Gehaltsänderungen bitten wir**

**stets aufzugeben.**

2. 10 f (AN 1) alt 226/103

DEUTSCHE  
ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE



**DAK** Überall bewährt  
*in guten und in schlechten Zeiten*  
**DAK** WIESBADEN-BIEBRICH  
USSTR. 60

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

**DAK-Bezirksorganisation**  
Wiesbaden-Biebrich  
Bethustra. 60 — Fernr. 6 60 73  
Bedruckt: Montag bis Freitag 9 bis 18 Uhr  
außerdem Samstag 16 bis 18 Uhr  
Sonntags geschlossen  
Postfachkonto: Frankfurt/M. 137 03.  
Bankkonto:  
BfL-Landbank Biebrich 12874

Drucksache



Gossner-Mission

Wsb. Kasel

Heinrichstr.



**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

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

165/0 (EZ 9)

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 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 - Bezirksstellenleiter  
Wiesbaden-Stadt

Kassamittel: 60 — Fernruf: 6 60 73

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

Postfachkonto: Frankfurt/M. 137 03

Gossner Mission

(Blockstempel) Nr. 125776

Mitgliedsbescheinigung nach § 517 RVO.

Zur Aushändigung an den Arbeitgeber

Ws.-Biebrich am 14.4.61

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

1.9.40 Wsb.-Kastel, Eleonorenstr. 64

Geboren am:

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

\*) 1. RVO, §§ 1398, 1400 RVO, §§ 120, 122 AVG, § 160 Absatz 2 AVAVG,

# 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 ~~Firma/Fr.~~ 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 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).

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 Nachtarbeit 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. 5728

Unser Zeichen: Schu

Betr.: Einkommensmeldung für unser Mitglied Herr  
Walter Gehrung

Auf der Einkommensmeldung führen Sie unter "Sonstige  
Bezüge" DM 45,-- auf. Um prüfen zu können, ob dieser  
Betrag der Sozialversicherungspflicht unterliegt, bit-  
ten 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

Wall

Vor- und Zuname Walter Gehring 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?** . . . . .  
Bei Arbeitsunfähigkeit besteht Anspruch auf Gehalt für . . . . . 6 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,-  
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 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 . . . . . 1.9.1966  
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? Seelengericht  
(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: Wohngeld Auszahlung am 15.12.64 DM 750,-

10. Wird außerdem eine weitere Beschäftigung  
(Nebenbeschäftigung) ausgeübt? . . . . .

Vorheriges Arbeitsentgelt seit 1.1.1964 bis 1.1.1965 mtl. DM 856,30

Soweit Krankenversicherungspflicht besteht, befindet sich die nach § 517 RVO vor-  
geschriebene Mitgliedsbescheinigung in meinem/unserem\* Besitz.

Kabel, 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.



# 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



# Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

In die  
Gossner'sche Mission  
6503 Mainz-Kaste  
Ehrenreistr. 64

Datum des Poststempels

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  
*[Handwritten Signature]*

Anschrift der  
Geschäftsstelle:

**65 MAINZ**

Schillerstraße 20

Fernspre. 0 2 2 2 3

Vor- und Zuname Walter Gering 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 Weihn-  
achts-, Urlaubsgeld, Tantiemen, 13. Monatsgehalt usw. in **faisächlicher** 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.

Vesetzt von KI ..... nach KI ..... Stot .....  
Nachforderung ab ..... Insges. DM .....  
Bearbeitet durch .....

# 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. Zusätzlich 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

Willi

Heraus 1964 Bescheinigung

vierteljährlich 75,- Bucherei.  
mit Copie für Akte

## Beitragstafel Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Beitrag				Monatlicher Gesamtbeitrag			Tägliches Krankengeld <sup>2)</sup> nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld <sup>3)</sup> bei einer Mitgliedschaft		
	Arbeits- verdienst bis ein- schließen	Grund- lohn	Kranken- versicherung		Arb.- losen- ver- siche- rung 1,3 % DM	Renten- ver- siche- rung 14 % DM	Gruppe I KV. ALV. RV. 22,8 % DM	Gruppe II KV. — RV. 21,5 % DM	Gruppe III KV. — RV. 7,5 % DM		bis 10 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
			7,5 % DM	Zu- schlag <sup>1)</sup> 4,5 % 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,—
22q	1154,99	1140,—	49,50	29,70	9,75	159,60	218,85	209,10	49,50	14,30	660,—	770,—	880,—
22r	1184,99	1170,—	49,50	29,70	9,75	163,80	223,05	213,30	49,50	14,30	660,—	770,—	880,—
22s	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.

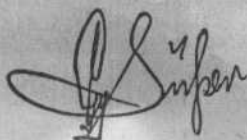
Prüfen Sie dennoch bitte anhand der umseitig abgedruckten Tabelle, ob der von Ihnen gegenwärtig gezahlte Beitrag Ihrem Arbeitsentgelt entspricht. Sollte das nicht der Fall sein, bitten wir Sie, uns sofort Ihr neues Gehalt aufzugeben.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre

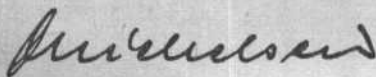
**Hamburg-Münchener Ersatzkasse**

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

Fernsprecher: 2 72 13

Postscheckkonto:  
Frankfurt/M. 69 35

Bankkonto:  
Städt. Sparkasse, Nr. 57 28

6503 Mainz-Kastel

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 Über-  
weisung abzusetzen und darauf zu achten, daß die über-  
nächste Zahlung DM 173,55 beträgt.

*Telefonat erledigt  
der Beitrag beträgt  
DM 177,75*

Hochachtungsvoll.  
Hamburg-Münchener Ersatzkasse  
Geschäftsstelle Mainz

*Witt*

Gossner  
Mission

Kassenstunden: montags bis freitags 9-13 Uhr, außerdem mittwochs 15-18 Uhr

*Abheften unter "Sozialversicherungen"*

## 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)

*Hamburg-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

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

56 Wuppertal - Barmen

Emil-Rittershaus-Str. 7A

(Anschrift der Gst.)

Johannes-Gossnerstr.

14

# Beitragstafel

Gültig ab 1.9.1963

## Abteilung B – Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungs- klasse	Monats- einkommen <sup>1)</sup>	Monatsbeitrag			ohne Ruhen des An- spruches	Krankengeld <sup>2)</sup>			Sterbegeld <sup>3)</sup>			
	bis einschließlich	für Versicherte				ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft			
		ohne mit 1—2	mit 3 und mehr	Familienangehörige(n)					bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
a	b	c										
DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
27	Beamtenan- wörter 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.												
	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,—

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> Für Familienangehörige wird ein Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes gezahlt. Für Totgeburten beträgt das Familiensterbegeld 50,— DM.

# Beitragstafel

Gültig ab 1.9.1963

## Abteilung P – Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Ver- siche- rungs- klasse	Monatsbeitrag				Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	ohne Ruhen des An- spruches	Krankengeld <sup>1)</sup>			Sterbegeld <sup>2)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	für Versicherte			Familienangehörige(n)			ob 43. Tag	ob 85. Tag	ob 183. Tag	bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
	ohne	mit 1—2	mit 3 und mehr										
	a	b	c										
	DM	DM	DM										
	DM	DM	DM										
40	32,—	46,—	56,—	15,—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—		
41	36,—	50,—	60,—	15,—	17,—	19,—	20,50	25,—	400,—	600,—	700,—	800,—	

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> 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				Gesamtbeitrag			Tägliches Kranken- geld <sup>2)</sup> nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld <sup>3)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeits- verdienst bis ein- schließlich	Grund- lohn	Beitrag		Arb.- losen- ver- siche- rung 1,3 %	Renten- ver- siche- rung 14 %	Gruppe I KV. ALV. RV. 22,3 %	Gruppe II KV. — RV. 21 %	Gruppe III KV. — RV. 7 %		bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
			Kranken- versicherung	Zu- schlag <sup>1)</sup>										
			7 %	4 %										
			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	660,—	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	über 1094,99	1098,—	46,20	26,40	9,75	153,70	209,65	199,90	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.

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 ausgezahlt.

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~~ <sup>Brutto</sup> 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 *Lyaden*

## Beitragstafel

## Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Monatlicher				Gesamtbeitrag			Tägliches Kranken- geld <sup>2)</sup> nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld <sup>3)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeits- verdienst bis ein- schließlich	Grund- lohn	Beitrag		Renten- ver- siche- rung	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	
			Kranken- versicherung	Arb- losen- ver- siche- rung										
														7 % 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,—
über														
22l	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. 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 – Nichtkrankenversicherungsspflichtige Mitglieder**

Versi- che- rungs- klasse	Monats- einkommen <sup>1)</sup>  bis einschließlich	Monatsbeitrag			ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld <sup>2)</sup>			Sterbegeld <sup>3)</sup> 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 und mehr								
		Familienangehörige(n)										
		a	b	c								
	DM	DM	DM	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 – Nichtkrankenversicherungsspflichtige Mitglieder**

Diese Abteilung ist für Zugänge gesperrt

Ver- siche- rungs- klasse	Monatsbeitrag				Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	Krankengeld <sup>1)</sup>			Sterbegeld <sup>2)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	für Versicherte			ohne Ruhe des An- spruches		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 und mehr									
	Familienangehörige(n)											
	a	b	c									
	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)

(Stempel und Unterschrift)

**WICHTIG! Diese Bescheinigung ist vom Arbeitgeber den Personalunterlagen beizufügen.**

POSTKARTE

Haus

Gossner-Haus  
Personalstelle

○ Mainz-Kastel  
General-Matthias-  
H. 1 - 3

Hamburg-Münchener Ersatzkasse

MAINZ

Schillerstraße 30

(Anschrift der Gst.)

## Beitragstafel

## Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Monatlicher							Tägliches Kranken- geld <sup>2)</sup> nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld <sup>3)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeits- verdienst bis ein- schließlich	Grund- lohn	Beitrag		Arb- losen- ver- siche- rung 1,4 % DM	Renten- ver- siche- rung 14 % DM	Gesamtbeitrag				bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
			Kranken- versicherung 7 % DM	Zu- schlag <sup>1)</sup> 2,8 % DM			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,—
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														
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. 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 <sup>1)</sup>  bis einschließlich  DM	Monatsbeitrag für Versicherte			ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld <sup>2)</sup>			Sterbegeld <sup>2)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
		ohne	mit 1—2	mit 3 und mehr		ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
Familienangehörige(n)			der Arbeitsunfähigkeit									
a	b	c										
DM	DM	DM	DM	DM	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- siche- rungs- klasse	Monatsbeitrag				Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld <sup>1)</sup>			Sterbegeld <sup>2)</sup> bei einer Mitgliedschaft				
	für Versicherte			DM			DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
	ohne	mit 1—2	mit 3 und mehr											
	Familienangehörige(n)													
	a	b	c											
	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 Müllers 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

*19.10.61*

Beitrag

für

*Oktober*

DM

*1.60*

*November*

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 DM 113.40.*



## Beitragstafel

## Abteilung A — Krankenversicherungspflichtige Mitglieder

Versicherungsklasse	Monatlicher		Monatlicher							Tägliches Krankengeld <sup>2)</sup> nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld <sup>3)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeitsverdienst bis einschließlich	Grundlohn	Beitrag		Rentenversicherung	Gruppe I KV. ALV. RV. 23 %	Gruppe II KV. — RV. 21 %	Gruppe III KV. — RV. 7,0 %	bis 3 Jahre		über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre	
			Krankenversicherung	Zuschlag: 2,8 %										
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	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,—

- 1) Der Zuschlag wird von Mitgliedern erhoben, die bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt für weniger 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 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

Ver- siche- rungs- klasse	Monats- einkommen <sup>1)</sup>	Monatsbeitrag			ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld <sup>2)</sup>			Sterbegeld <sup>3)</sup>			
	bis einschließlich	für Versicherte				ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft			
		ohne	mit 1—2	mit 3 und mehr					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	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,—

- <sup>1)</sup> 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.

- <sup>2)</sup> 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.

- <sup>3)</sup> 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

Ver- siche- rungs- klasse	Monatsbeitrag				Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld <sup>1)</sup>			Sterbegeld <sup>2)</sup>				
	für Versicherte			DM			DM	DM	DM	DM	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											
40	28,—	41,—	51,—	15,—	—	—	—	—	400,—	600,—	700,—	800,—		
41	32,—	45,—	55,—	15,—	17,—	19,—	20,50	25,—	400,—	600,—	700,—	800,—		

- <sup>1)</sup> 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.

- <sup>2)</sup> 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							Tägliches Kranken- geld <sup>2)</sup> nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld <sup>3)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeits- verdienst bis ein- schließlich	Grund- lohn	Beitrag		Renten- ver- siche- rung	Gesamtbeitrag			bis 3 Jahre		über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre	
			Kranken- versicherung	Arb.- losen- ver- siche- rung		Gruppe I KV. ALV. RV.	Gruppe II KV. — RV.	Gruppe III KV. — —						
														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,—
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														
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. 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

Ver- siche- rungs- klasse	Monats- einkommen <sup>1)</sup>	Monatsbeitrag			ohne Ruhe des An- spruches	Krankengeld <sup>2)</sup>			Sterbegeld <sup>3)</sup>				
	bis einschließlich	für Versicherte				ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft				
		ohne	mit 1—2	mit 3 und mehr					der Arbeitsunfähigkeit	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	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- siche- rungs- klasse	Monatsbeitrag				Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person	Krankengeld <sup>1)</sup>				Sterbegeld <sup>2)</sup>			
	für Versicherte			ohne Ruhe des An- spruches		ab 43. Tag	ab 85. Tag	ab 183. Tag	bei einer Mitgliedschaft				
	ohne	mit 1—2	mit 3 und mehr						bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre	
	Familienangehörige(n)												
	a	b	c										
	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 Kranken- geld <sup>2)</sup> nach dem Grundlohn (§ 182 Abs. 6 RVO)	Sterbegeld <sup>4)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	Arbeits- verdienst bis ein- schließlich	Grund- lohn	Kranken- versicherung		Arbeits- losen- ver- siche- rung 2% DM	Renten- versiche- rung 14% DM	Gruppe I KV. ALV. RV. 23% DM	Gruppe II KV. — RV. 21% DM	Gruppe III KV. — — 7% DM		bis 3 Jahre	über 3 Jahre	über 10 Jahre	über 20 Jahre
			7% DM	Zu- schlag <sup>1)</sup> 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,—
über														
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 einschließlich DM	Monatsbeitrag für Versicherte			ohne Ruhe des An- spruches DM	Krankengeld <sup>3)</sup>			Sterbegeld <sup>4)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
		ohne	mit 1-2	mit 3 u. mehr		ab	ab	ab	bis 3 Jahre DM	über 3 Jahre DM	über 10 Jahre DM	über 20 Jahre DM
		Familienangehörige(n)				43. Tag	85. Tag	183. Tag				
		a	b	c		der Arbeitsunfähigkeit						
		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	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				Zuschlag für Angehörigen- versicherung je Person DM	Krankengeld <sup>3)</sup>				Sterbegeld <sup>4)</sup> bei einer Mitgliedschaft			
	für Versicherte			DM		ohne Ruhe des An- spruches 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
	ohne	mit 1-2	mit 3 u. mehr										
	Familienangehörige(n)												
	a	b	c										
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

An die  
Mission  
Wiesbaden-Kastel  
General - 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. Kaufmann*

# Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

GESCHÄFTSSTELLE LUDWIGSBURG  
SCHILLERPLATZ 6 - KREISSPARKASSE -

am 10.5.61

Herrn

Fernsprecher: 2 80 29

Gerhard Blum

Postscheckk.: Stuttgart 137 25

Bankkonto: Kreissparkasse  
Ludwigsburg, 588

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 Ge-  
haltsbescheinigung (267,95 DM monatlich)  
wird Ihre Mitgliedschaft ab 9.4.61  
nach der Klasse A 9 II mit einem monat-  
lichen Beitrag von DM 55,90 geführt.

Nachstehend geben wir Ihnen eine Auf-  
stellung 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 Beitrags-  
konto wieder ausgeglichen ist. Ab 1.5.61  
sind dann monatlich DM 55,90 zu bezahlen.  
Mit freundlichem Gruß, Ihre GSt. Ludwigsb.

Kassenstunden: montags bis freitags 9-13 Uhr, außerdem donnerstags 15-18 Uhr

# Hauptstadt München

Inform. der Bevölkerung - Konsum der öffentlichen Dienstleistungen

Einwohnerzahl 1975: 1.100.000

Einwohnerzahl 1976: 1.150.000

Einwohnerzahl 1977: 1.200.000

Einwohnerzahl 1978: 1.250.000

Einwohnerzahl 1979: 1.300.000

Einwohnerzahl 1980: 1.350.000

Einwohnerzahl 1981: 1.400.000

Einwohnerzahl 1982: 1.450.000

Einwohnerzahl 1983: 1.500.000

Einwohnerzahl 1984: 1.550.000

Einwohnerzahl 1985: 1.600.000

Einwohnerzahl 1986: 1.650.000

Einwohnerzahl 1987: 1.700.000

Einwohnerzahl 1988: 1.750.000

Einwohnerzahl 1989: 1.800.000

Einwohnerzahl 1990: 1.850.000

Einwohnerzahl 1991: 1.900.000

## Mitgliedsbescheinigung

Herr/Frau/Frl. 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 auszuzahlen.

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.

Mission

Postkarte

Jugendwohnheim der Goßner  
Mission

**Hamburg-Münchener Ersatzkasse**  
**(14a) Ludwigsburg**  
**Schillerplatz 6**

Wiebasen-Kastel

General-Mudra-Str. 1-3



5. Juli 1962

An die

Hamburg - Münchener Ersatzkasse  
Geschäftsstelle Mainz

65 M a i n z  
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

5

# Hamburg-Münchener Ersatzkasse

Träger der Sozialversicherung - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mainz

Am 9.8.67

Mitglied Nr.: 567 496

Unser Zeichen:

Herrn  
Walter Gehring  
Mainz - Kastel  
General Münderstr. 7-3

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 A18  
mit einem monatlichen 122.60

Beitrag von DM .....

erfolgen.

Für die Monate April - Juli ..... ergibt sich daraus eine

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. Löffelers

Dg. Vst.

Ab 1.8.67 beträgt der monatl. Beitrag  
in m.80 ohne Arbeitslosenversicherung

$$\begin{array}{r}
 16.36 \\
 \hline
 96 \\
 48 \\
 \hline
 57.60 \\
 1
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 100. - \\
 57.60 \\
 \hline
 123.60 \\
 6. \\
 \hline
 129.60
 \end{array}$$