

Geschäftszeichen



Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

## Antrag auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung aus einer Beschäftigung für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_, getrennt nach Beitragsgruppen

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

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

Für den Arbeitnehmer

Name, Vorname (Rufname)

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Versicherungsnummer

Steuer-Identifikationsnummer

beschäftigt vom

bis

wurden an Beiträgen tatsächlich gezahlt (nach Kalenderjahren und Beitragsgruppen getrennt; bei Änderung des Beitragsatzes innerhalb eines Kalenderjahres sind die Arbeitsentgelte stets aufzuteilen)

Zeitraum		Arbeitsentgelt EUR	Beitrags- gruppe	Arbeitnehmeranteil EUR	Arbeitgeberanteil EUR	insgesamt EUR
vom	bis					
Summe A						

KR418003





\_\_\_\_\_  
 Rentenversicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 Kennzeichen (soweit bekannt)

**3 In voller Höhe zu Unrecht gezahlte Beiträge zur Rentenversicherung gelten nach vier Kalenderjahren als zu Recht gezahlte Pflichtbeiträge (§ 26 Abs. 1 Satz 3 SGB IV). Sofern aufgrund der Arbeitgeberprüfung für die übrigen Beiträge ein Beanstandungsschutz entstanden ist (§ 26 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IV): Sollen die betroffenen Pflichtbeiträge als zu Recht gezahlte Pflichtbeiträge bestehen bleiben?**

☐ nein, Verzicht auf Beanstandungsschutz

bei Verzicht für Teilzeiträume

\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ ja, Vertrauensschutz

**4 Erstattung von Beiträgen in nicht voller Höhe (z. B. Zugrundelegung eines zu hohen Arbeitsentgelts)**

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

☐ nein ☐ ja Zeitraum der Bescheinigung des Arbeitgebers zur Berechnung des Kranken-, Übergangs- oder Mutterschaftsgeldes sowie einer Rente

\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**5 Es liegt ein Bescheid über eine Forderung eines Leistungsträgers (Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit) vor.**

☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Art der Forderung

Leistungsträger

**6 Die zu Unrecht gezahlten Beiträge sind von einem Dritten (z. B. Ausgleichskasse nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz, Berufsgenossenschaft oder Integrationsamt) ersetzt worden.**

☐ nein ☐ ja

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

---

---

---