
Stempel des Arbeitgebers

An die

**Lohnfortzahlungserstattung wegen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit ohne
ärztliche Behandlung**

Es wird hiermit bestätigt, dass unser Arbeitnehmer

(Name, Vorname, Geb.-Tag oder Versicherungsnummer)

am: _____

vom _____ bis _____ Stunden

der Arbeit fern blieb und ohne ärztliche Behandlung arbeitsunfähig krank war.

Datum und Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift Arbeitnehmer