

A. Für Versicherte, deren Beiträge zur A. V. an die Krankenkassen abgeführt werden.

Beschäftigt gegen Entgelt von	bis	Arbeitsverdienst (Barbezüge und Wert der Sachbezüge) für die Beschäftigungszeit		Name und Sitz der Krankenkasse, an die die Beiträge abgeführt sind	Firmenstempel, Anschrift und Unterschrift des Arbeitgebers
		RM.	Rpf.		
194.....					
194.....					
194.....					

Gorgfältig aufbewahren — Angestelltenversicherung

Bescheinigung über die
Endzahlen aus der Aufrechnung der Versicherungskarte Nr. 150
Familiennam *H. Wandruszka*
Vorname *Anna*
geb. am *29. 8. 1874* in *Wenden* Kreis *Wenden* Amt *Wenden*
Ist der Versicherte Halbversicherter? *nein* (ja, nein)

im Jahre	Anzahl der Beitragsmonate in Klasse										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	
19 <i>40</i>								<i>10</i>	<i>1</i>		
19 <i>41</i>								<i>1</i>	<i>10</i>	<i>1</i>	
19 <i>42</i>									<i>1</i>		
19											
19											

Die letzte Marke ist verwendet für Monat *Januar* 19 *42*

Nachgewiesene Erhzeiten		
	vom	bis einschl.
Wehrpflicht		
Reichsarbeitsdienstpflicht		
Krankheit		
Lehrgang		
Unterstützung als Arbeitsloser		

6 - FEB. 1942
19
Dienst-
siegel
der
Aufrechnungs-
stelle
(Ort und Tag)
(Aufrechnungs-
stelle)
(Unterschrift
des Beamten)
Kallen
12 - 17. Aufl. - 22. 3. 38. - A. - (2000000).