



**Abrechnungsnummer:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Abrechnungsjahr:**
Lohnbescheinigung
**Betriebsname:**

 Beschäftigungsdauer  
Abrechnungsjahr

	Name, Vorname des Versicherten	AHV-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	von	bis	AHV-Bruttolohn im Abrechnungsjahr	Kinderzulagen	Austritt Ja/Nein
1				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
2				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
3				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
4				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
5				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
6				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
7				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
8				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
9				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
10				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
11				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
12				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
13				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
14				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
15				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
16				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
17				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
18				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
19				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
20				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N

**Total**

--	--