|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Wimi FK19219fr\_011\_W

Intyg

**Namn**:

**Födelsetid**:

Härmed intygas att X född har svensk sjukersättning. Årsbeloppet för år är svenska kronor.

Avdrag för skatt är svenska kronor. Den skattefria delen, det så kallade fribeloppet är svenska kronor.

Försäkringskassan

Jessica Selander

**Attestation**

**Nom:** X

**Date de naissance:**

Je soussigné/e certifie que X né/e le X perçoit une indemnité maladie suédoise. Le montant annuel pour l’an X s’élève à X couronnes suédoises.

La retenue à la source est de X couronnes suédoises. La fraction exonérée d’impôt, dite franchise, s’élève à X couronnes suédoises.

Försäkringskassan

Jessica Selander