

Nachname, Vorname des Kindes, Geburtsdatum

Aktenzeichen

51/21

Bescheinigung der Krankenkasse

Es wird bescheinigt, dass Frau _____ geb. am: _____

Krankenkassen-Mitgliedsnummer _____

selbst pflichtversichert selbst freiwillig versichert privat versichert als Angehörige versichert ist und

keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hat.

Mutterschaftsgeld nach § 19 Abs. 1 MuSchG für 8 Wochen 12 Wochen nach der Entbindung erhält.

Mutterschaftsgeld nach § 19 Abs. 1 MuSchG nach der Entbindung für die Zeit bis _____ wegen einer vorzeitigen Entbindung erhält.

Das **Mutterschaftsgeld** beträgt

vom _____ bis _____ kalendertäglich _____ Euro

kein Krankentagegeld aufgrund des Verdienstausfalls aufgrund der Geburt nach § 192 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erhält.

Krankentagegeld der PKV nach § 192 Abs. 5 VVG für die Zeit vom _____ bis _____ erhält.

Datum/Unterschrift _____ Stempel der Krankenkasse _____

Bescheinigung des Arbeitgebers/der Dienststelle

Es wird bescheinigt, dass Frau _____ geb. am _____

Zuschuss des Arbeitgebers nach § 20 MuSchG

vom _____ bis _____ kalendertäglich _____ Euro erhält;

Dienst- oder Anwärterbezüge als Beamtin / Richterin oder weiblicher Soldat

vom _____ bis _____ kalendertäglich _____ Euro erhält.

Datum/Unterschrift _____ Stempel des Arbeitgebers / der Dienststelle _____