

(wenn Sie keine vorhandenen Nachweise vorlegen können)

> Bitte zusammen mit dem Antrag einreichen <

## Bescheinigung der Krankenkasse (siehe Nr. 11 des Antrags)

Name, Vorname des Kindes, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Es wird bescheinigt, dass Frau \_\_\_\_\_

Krankenkassen-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hat (Negativbescheinigung).

Mutterschaftsgeld nach § \_\_\_\_\_ für  8 Wochen  12 Wochen nach der Entbindung erhält.

Mutterschaftsgeld nach § \_\_\_\_\_ nach der Entbindung für die Zeit bis \_\_\_\_\_ wegen einer vorzeitigen Entbindung erhält.

Das Mutterschaftsgeld beträgt (ggf. **mit Zuschuss** nach § 20 Abs. 1 MuSchG)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ kalendertäglich \_\_\_\_\_ Euro

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ kalendertäglich \_\_\_\_\_ Euro

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_ Stempel der Krankenkasse \_\_\_\_\_

