

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

## Bescheinigung A

### Bescheinigung der Krankenkasse / der Personalabteilung der Dienststelle über Mutterschaftsbezüge zum Antrag auf Elterngeld

Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

ist hier versichert, hat aber keinen Leistungsanspruch.

erhält Mutterschaftsgeld.

Es beträgt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
kalendertäglich \_\_\_\_\_ EUR.

erhielt schwangerschaftsbedingtes Krankengeld

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

erhält als Beamtin Dienst- und Anwärterbezüge

nach § 4 HmbMuSchVO / § 4 MuSchBV oder entsprechenden Vorschriften.

Sie betragen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
kalendertäglich (netto) \_\_\_\_\_ EUR.

erhält als Beamtin einen Zuschuss nach § 5 HmbMuSchVO / § 4 a MuSchBV  
oder entsprechenden Vorschriften.

Er beträgt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
kalendertäglich (netto) \_\_\_\_\_ EUR.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Krankenkasse/  
der Personalabteilung der Dienststelle

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel