

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

## Bescheinigung A

### Bescheinigung der Krankenkasse / 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- oder 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

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel