

(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 _____

