

Kindesmutter: Name, Vorname

Geburtsdatum:

Antragsteller:
(nur wenn nicht Kindesmutter)

Geburtsdatum:

Kind(er): Name, Vorname(n)

Geburtsdatum:

Zu bescheinigen sind die Leistungen während der Mutterschutzfrist**Von der Krankenkasse auszufüllen**

- die Kindesmutter hat Anspruch auf Mutterschaftsgeld
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •

Mitgliedsnummer: _____

- die Kindesmutter hat kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld

Datum, Unterschrift der Krankenkasse

Stempel Krankenkasse

Vom Arbeitgeber auszufüllen

- die Kindesmutter hat Anspruch auf einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •

- die Kindesmutter hat kein Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss

Datum, Unterschrift Arbeitgeber

Stempel Arbeitgeber

Vom Dienstherrn auszufüllen

- die Kindesmutter erhält/ erhielt beamtenrechtliche Bezüge für die Zeit der Mutterschutzfrist
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •

- die Kindesmutter erhält/ erhielt keine beamtenrechtlichen Bezüge in der Mutterschutzfrist

- die Kindesmutter erhält/ erhielt Zuschüsse nach beamtenrechtliche Vorschriften
vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ •

Datum, Unterschrift Dienstherr

Stempel Dienstherr