

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld bzw. die Verlängerung der Schutzfrist aufgrund der Behinderung meines Kindes

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

IBAN

BIC

Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

☐ beschäftigt
Arbeitgeber gekündigt/befristet zum

Anschrift des Arbeitgebers

☐ arbeitslos

☐ selbständig

☐ Künstlerin/Publizistin

Erklärung

Im Fall einer Fehlgeburt erkläre ich, dass ich meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert habe. Wenn ich meine Beschäftigung/Tätigkeit vor dem Ende der Schutzfrist wieder aufnehme, teile ich dies der Krankenkasse umgehend mit.

Datum

Unterschrift der Versicherten