

Ärztliche Bescheinigung **21**
für den Bezug von
Krankengeld bei Erkrankung
eines Kindes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung,
Betreuung oder Pflege wegen Krankheit

vom _____

bis einschließlich _____

☐ Kita- oder Schulunfall / -folgen

☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen

☐ SER

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes
**Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.*

Name	Vorname
Geburtsdatum	Versichertennummer
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
IBAN	
BIC	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege
des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.

Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ ja ☐ nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die
Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes
nicht übernehmen.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten