

## **Bescheinigung A** Name, Vorname des Kindes: geb. am: \_\_\_\_\_ Bescheinigung der Krankenkasse / Versicherung / Personalabteilung der 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. erhält vom \_\_\_\_\_\_bis \_\_\_\_ Leistungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (Krankentagegeld) erhielt schwangerschaftsbedingtes Krankengeld vom \_\_\_\_\_\_ erhält als Beamtin Dienst- / Anwärterbezüge nach § 4 HmbMuSchVO / § 4 MuSchBV oder entsprechenden Vorschriften und zwar für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ kalendertäglich (netto) \_\_\_\_ EUR. erhält als Beamtin einen Zuschuss nach § 5 HmbMuSchVO / § 4 a MuSchBV oder entsprechenden Vorschriften und zwar für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ kalendertäglich (netto) \_\_\_\_\_ EUR. HINWEIS: Änderungen sind vom Arbeitgeber / Krankenkasse mit Stempel und Handzeichen zu Unsere Datenschutzerklärung und allgemeinen Informationen nach den Art. 12-14 der Datenschutzgrundverordnung finden Sie hier: https://www.hamburg.de/bezirke/datenschutz. Ansprechpartner:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der Krankenkasse /des Arbeitgebers

Firmenstempel: