

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 Versichertenummer

IBAN

BIC Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)

#### **Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Ich bin derzeit

beschäftigt

Arbeitgeber

gekündigt/befristet zum

Anschrift des Arbeitgebers

arbeitslos

selbstständig

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