



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 _____
bis _____.

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 bestätigen.

Unsere Datenschutzerklärung und allgemeinen Informationen nach den Art. 12-14 der Datenschutzgrundverordnung finden Sie hier: <https://www.hamburg.de/bezirke/datenschutz>.

Datum, Unterschrift der Krankenkasse /des Arbeitgebers

Ansprechpartner: _____

Firmenstempel:

Telefonnummer: _____