

Name, Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____

Bescheinigung A

Bescheinigung der Krankenkasse / der 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.

erhielt schwangerschaftsbedingtes Krankengeld

von _____ bis _____.

erhält als Beamtin Dienst- und Anwärterbezüge

nach § 4 HmbMuSchVO / § 4 MuSchBV oder entsprechenden Vorschriften.

Sie betragen vom _____ bis _____
kalendertäglich (netto) _____ EUR.

erhält als Beamtin einen Zuschuss nach § 5 HmbMuSchVO / § 4 a MuSchBV
oder entsprechenden Vorschriften.

Er beträgt vom _____ bis _____
kalendertäglich (netto) _____ EUR.

Datum, Unterschrift der Krankenkasse/
der Personalabteilung der Dienststelle

Firmenstempel