

Bescheinigung einer Fehlgeburt

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



Fehlgeburt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

- ☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)
- ☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)
- ☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

(Bitte auch den unteren Teil ausfüllen!)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Diese Angaben zur Versicherten sind nur erforderlich, wenn die Daten abweichen.
Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld

Name	Vorname																
Geburtsdatum	Versichertennummer																
<table><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
T	T	M	M	J	J												
IBAN																	
BIC	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)																
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

☐ beschäftigt

Arbeitgeber

gekündigt/befristet zum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift des Arbeitgebers

- ☐ arbeitslos
- ☐ selbständig
- ☐ 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.

Unterschrift der Versicherten

Ausfertigung für die Versicherte

Bescheinigung einer Fehlgeburt

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



Fehlgeburt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

- ☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)
- ☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)
- ☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber