

Vordruck Krankenkasse
zum Antrag auf Elterngeld
(bitte vollständig von Ihrer Krankenkasse ausfüllen lassen)

Vor- und Nachname der Versicherten: _____,

geb. am: _____

Mitgliedsnummer der Versicherten: _____

Vor- und Nachname des Kindes: _____,

geb. am : _____

(voraussichtlicher Geburtstermin war der _____)

die o. a. Versicherte erhielt / erhält laufendes Mutterschaftsgeld

für die Zeit vom _____ bis _____

kalendertäglich _____ Euro

für die Zeit vom _____ bis _____

kalendertäglich _____ Euro

ist hier versichert, hat aber keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld

erhielt für die Zeit vom _____ bis _____
Krankengeld (wegen einer maßgeblich auf die Schwangerschaft zurückzuführenden
Erkrankung)

Datum und Unterschrift

Stempel der Krankenkasse (mit genauer
Anschrift und Telefonnummer)