

Name, Vorname des Kindes: _____ geboren am: _____

Bescheinigung A

Bescheinigung der Krankenkasse / 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- oder Anwärterbezüge
nach § 4 HmbMuSchVO/ § 4 MuSchBV oder entsprechenden Vorschriften

Sie betragen vom _____ bis _____

kalendertäglich _____ EUR

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

Er beträgt vom _____ bis _____

kalendertäglich _____ EUR

Datum, Unterschrift

Firmenstempel