

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Sonstige Leistungen
30125 Hannover

Mein Antrag auf Zahlung von Mutterschaftsgeld

Name

Vorname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Angaben zum Ehepartner, Lebensgefährten oder Lebenspartner*:

Familienstand ledig verheiratet geschieden verpartnert*

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Mein Partner ist beschäftigt bei:

Name des Arbeitgebers

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

beschäftigt als

*Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Mein Partner ist versichert bei:

Name der Krankenkasse

Straße und Hausnummer

 PLZ Ort

Erklärung zum Arbeits- und Versicherungsverhältnis:

Ich habe vor der Entbindung gearbeitet.

 Nein Ja, zuletzt am:

Datum (TT.MM.JJJJ)

Ich hatte vor der Entbindung Urlaub

vom bis

Datum (TT.MM.JJJJ) Datum (TT.MM.JJJJ)

Das Arbeitsverhältnis besteht weiter

Das Arbeitsverhältnis endet/e vor oder während der Schutzfrist:

- mit Kündigung durch den Arbeitgeber
- mit Kündigung durch mich
- durch Fristablauf
- in beiderseitigem Einvernehmen zum

Datum (TT.MM.JJJJ)

Bitte legen Sie Ihrem Antrag in diesen Fällen folgendes bei:

1. eine Kopie Ihrer Kündigung bzw. Ihres Arbeitsvertrages oder Ihrer Vereinbarung
2. Kopien Ihrer Gehaltsbescheinigungen der letzten drei Kalendermonate

Erklärung zur Arbeitslosenversicherung

Ich zahle auf Antrag Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung aufgrund meiner
 Pflegetätigkeit selbständigen Tätigkeit Beschäftigung im Ausland.

Den letzten Beitrag habe ich für an die Agentur für Arbeit gezahlt.
(MM.JJJJ)

Erklärung zur Kindererziehung

Ich erziehe zurzeit bereits eigene Kinder bzw. Adoptivkinder unter drei Jahren.

Nein

Ja, mit den folgenden Geburtsdaten:

Datum (TT.MM.JJJJ)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Mir ist bewusst, dass die von mir gemachten Angaben zur Prüfung der Anspruchsberechtigung auf Mutterschaftsgeld benötigt werden. Wenn es Änderungen gibt, werde ich die KKH deshalb unverzüglich informieren.

Ich erkläre mich bereit, im Falle einer Vorauszahlung von Mutterschaftsgeld die Beträge zurückzuzahlen, die mir ggf. irrtümlich gewährt wurden oder die mir aufgrund veränderter Voraussetzungen nicht zustehen.

Das Mutterschaftsgeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Vorname und Name Kontoinhaber

Die Angabe der persönlichen Daten ist nach § 206 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Angaben zum Ehegatten, Lebensgefährten oder Lebenspartner sowie zur Telefonnummer oder E-Mail sind freiwillig.

Ich bestätige, dass ich keinen Antrag auf Mutterschaftsgeld bei einer anderen Krankenkasse gestellt habe, auch nicht stellen werde und die von mir gemachten Angaben richtig sind.

Bei Fragen bin ich tagsüber telefonisch (inkl. Vorwahl) zu erreichen unter:

Meine E-Mail-Adresse lautet:

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift

Bitte beachten Sie: Sie brauchen diesen Abschnitt nicht ausfüllen zu lassen, wenn Ihnen bereits eine gültige Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin vorliegt (Muster 3).
Bitte senden Sie uns diese Bescheinigung zusammen mit Ihrem Antrag zu.

Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin

Ich bescheinige, dass

voraussichtlich am  entbunden hätte
(Tag /Monat /Jahr)

bzw. sich in der  Schwangerschaftswoche befand.



Datum (Tag/Monat/Jahr)



Stempel und Unterschrift des Arztes oder der Hebamme