



## Bescheinigung der Krankenkasse / Dienststelle über Mutterschaftsbezüge

Frau \_\_\_\_\_, geb.

RV- bzw. Mitgliedsnr: \_\_\_\_\_

erhält für Ihr Kind \_\_\_\_\_, geb.

**Mutterschutzzeitraum: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**

**keine Mutterschaftsbezüge,**

Mutterschaftsgeld nach § \_\_\_\_\_.

Es beträgt (ohne Zuschuss nach § 14 Abs. 2 MuSchG) kalendertäglich \_\_\_\_\_ €

### als Beamtin oder Soldatin

Dienst- oder Anwärterbezüge nach § 4 a MuSchV oder entsprechenden Vorschriften  
in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ € netto.

Das Mutterschaftsgeld wird gewährt:

- nach einer Vollzeitbeschäftigung
- nach einer Teilzeitbeschäftigung von \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- anstelle von Arbeitslosengeld
- anstelle von Arbeitslosenhilfe

Frühgeburt:  ja  nein

Mehrlingsgeburt:  ja  nein

Anschrift der Krankenkasse bzw. der Dienststelle

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner

\_\_\_\_\_

Institutions-  
kennzeichen \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel der Krankenkasse oder der Dienststelle