

Ärztliche Bescheinigung für **21** den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Das genannte Kind bedarf/bedurfte

vom

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

bis ein-
schließlich

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

der Beaufsichtigung, Betreuung
oder Pflege wegen Krankheit.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und
Beaufsichtigung

notwendig

 ja nein

Unfall

 ja nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Kontoinhaber

IBAN

Geldinstitut

BIC

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe

Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage habe

Ich bin Alleinerziehende(r) ja nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir

nicht für _____ Tage bezogen

Datum

* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.

Unterschrift des Versicherten