

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb.am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

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

Das genannte Kind bedarf/ bedurfte vom

bis einschließlich

der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.

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

BIC

Geldinstitut

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

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

Datum

Unterschrift des Versicherten