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

Bescheinigung einer Fehlgeburt

gültig bis 31.12.2025

Fehlgeburt am T T M M J J

Die oben bezeichnete Versicherte befand sind mindestens in der

- ☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)
- ☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)
- ☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

(Bitte auch den unteren Teil ausfüllen!)

Diese Angaben zur Versicherten sind nur erforderlich, wenn die Daten abweichen.

Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum T T M M J J

Versichertennummer

IBAN

BIC

Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person) _____

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

☐ beschäftigt

Arbeitgeber _____ gekündigt/befristet zum T T M M J J

Anschrift des Arbeitgebers _____

☐ arbeitslos

☐ selbständig

☐ Künstlerin/Publizistin

Erklärung

Im Fall einer Fehlgeburt erkläre ich, dass ich meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert habe. Wenn ich meine Beschäftigung/Tätigkeit vor dem Ende der Schutzfrist wieder aufnehme, teile ich dies der Krankenkasse umgehend mit.

Unterschrift der Versicherten

Ausfertigung für die Versicherte

(6.2025)

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

Bescheinigung einer Fehlgeburt

gültig bis 31.12.2025

Fehlgeburt am T T M M J J

Die oben bezeichnete Versicherte befand sind mindestens in der

- ☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)
- ☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)
- ☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

(6.2025)