

## Bescheinigung einer Fehlgeburt im Sinne des § 3 Abs. 5 MuSchG in Verbindung mit § 24i SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diese Bescheinigung dient als Nachweis über eine Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche zur Beantragung des Mutterschaftsgeldes bei der Krankenkasse.

Die nachfolgende Versicherte

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherten                      Vorname der Versicherten                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer                      PLZ und Ort                      Krankenversicherungsnummer

hatte am \_\_\_\_\_ eine Fehlgeburt.  
Datum

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in folgender Schwangerschaftswoche:

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

\_\_\_\_\_  
Datum                      Vertragsarztstempel / Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

---

### Antrag auf Mutterschaftsgeld (durch die Versicherte zu ergänzen)

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherten                      Vorname der Versicherten                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut                      Kontoinhaberin/ Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
IBAN                      BIC

\_\_\_\_\_  
Steuer-Identifikationsnummer

Ich bin derzeit (bitte entsprechendes ankreuzen und ergänzen)

- beschäftigt  
\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arbeitgebers  
\_\_\_\_\_  
gekündigt / befristet zum
- selbständig
- arbeitslos
- Künstlerin / Publizistin

### Erklärung:

Ich habe meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert. Wenn ich meine Beschäftigung vor dem Ende der Schutzfrist wieder aufnehme, teile ich dies der Krankenkasse umgehend mit.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift der Versicherten