Absender

Name, Vorname

Postleitzahl, Wohnort

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Geburtsdatum

Bitte zurücksenden an:

HEK - Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg

Antrag auf Mutterschaftsgeld

Sehr geehrtes Mitglied,

für die Auszahlung Ihres Mutterschaftsgeldes benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte senden Sie uns den Vordruck ausgefüllt zurück.
Sofern Sie uns noch keine Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstag zugesandt haben, reichen Sie uns diese bitte ebenfalls ein. Stehen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis, erhält Ihr Arbeitgeber zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes einen gesonderten Vordruck.

Mit freundlichem Gruß
Ihre
HEK - Hanseatische Krankenkasse

Angaben des Mitgliedes:

1. Ich habe Entgelt erhalten bis zum:
2. Ich erhalte Mutterschaftshilfe von einer anderen Krankenkasse: ☐ Ja ☐ Nein
3. Ich erhalte während des Mutterschaftsgeldbezuges, außer der Differenz zum Nettoentgelt, weiter Entgelt: ☐ Ja ☐ Nein
4. Ich werde Elterngeld beantragen: ☐ Ja ☐ Nein
5. Ich werde Elternzeit beantragen: ☐ Ja ☐ Nein
6. Meinem Arbeitgeber kann auf Anforderung der tägliche Mutterschaftsgeldzahlbetrag zur Berechnung eines eventuellen Zuschusses übermittelt werden: ☐ Ja ☐ Nein
7. Meine Steuer-ID beim Finanzamt lautet:

Konto für die Überweisung der Beiträge:

Kontoinhaber

Anschrift des abweichenden Kontoinhabers

Kreditinstitut

BIC

IBAN: DE

Bei Rückfragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Die Feststellung des Leistungsanspruchs (§ 24i Sozialgesetzbuch (SGB) V) setzt die Erhebung der genannten Daten voraus (§ 206 SGB V und §§ 60 bis 66 SGB I).
Die Angabe der Bankverbindung und Telefonnummer ist freiwillig.