

**Versicherte:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum oder Versichertennummer

## Rückantwort

BKK24  
Hauptverwaltung  
Sülbecker Brand 1  
31683 Obernkirchen

## Antrag auf Mutterschaftsgeld

1. Ich bin beschäftigt

ja  nein

Mein Beschäftigungsverhältnis

ist befristet bis zum \_\_\_\_\_.

wurde von mir zum \_\_\_\_\_ gekündigt.

wurde von meinem Arbeitgeber zum \_\_\_\_\_ gekündigt.

Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit, z. B. Arbeitslosengeld.

Ja, bis zum \_\_\_\_\_  Nein

Ich beziehe Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Versorgungskrankengeld.

Ja  Nein

Ich übe eine geringfügige Beschäftigung aus:

Ja wenn ja Anschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Das Mutterschaftsgeld soll auf folgende Bankverbindung überwiesen werden:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC und Name der Bank \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. steuerliche Identifikationsnummer (STIN)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift