

Übertragung des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

1. Ihre Daten

Name, Vorname	Straße	Nr.
Versichertennummer	PLZ	
Geburtsdatum	Ort	

Ich bestätige, dass mein(e) Ehepartner(in) mein(e) Lebensgefährt(e)/Lebensgefährtin

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

die/der leibliche Mutter/Vater des Kindes ist, und bei Erkrankung unseres Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

- noch kein Krankengeld bei Erkrankung des Kindes erhalten hat.
- für _____ Tage Krankengeld bei Erkrankung des Kindes erhalten hat.

Wir beantragen die Übertragung von _____ Arbeitstagen auf mich.
Mein Arbeitgeber ist mit dieser Übertragung einverstanden.
Die zuständige Krankenkasse meines/meiner o. g. Partners/Partnerin ist die

Krankenkasse		
Straße		Nr.
PLZ	Ort	

Datum und Ort

Unterschrift **beider** Eltern

Bei Stief-, Pflege- und/oder Adoptivkindern setzen Sie sich bitte vorab telefonisch mit uns in Verbindung!