

## MUTTERSCHAFTSGELD DAK FORMULAR

Versicherte Person : \_\_\_\_\_  
Name, Vorname : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer : \_\_\_\_\_

### Angaben zum Beschäftigungsverhältnis :

Arbeitgeber (Name und Anschrift) : \_\_\_\_\_  
Beschäftigt seit : \_\_\_\_\_  
Arbeitszeit (Wöchentliche Stunden) : \_\_\_\_\_

### Angaben zur Mutterschaft :

Erster Tag der Schutzfrist vor der Entbindung : \_\_\_\_\_  
Erster Tag der Schutzfrist nach der Entbindung : \_\_\_\_\_

### Erklärung des Arbeitgebers :

Hiermit bestätigen wir, dass die versicherte Person in dem oben angegebenen Zeitraum nicht beschäftigt werden darf und für diese Zeit Mutterschaftsgeld beanspruchen kann. Die Höhe des Mutterschaftsgeldes wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ermittelt.

Unterschrift Arbeitgeber : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

**UNTERSCHRIFT ARBEITGEBER**

**UNTERSCHRIFT VERSICHERTE PERSON**

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://mustergenau.com/mutterschaftsgeld-dak-formular/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://mustergenau.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.