

Bitte zurück an:  
BKK24  
Sülbecker Brand 1  
31681 Obernkirchen

### **Erklärung / Übertragung - Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes § 45 SGB V**

Urschriftlich zurück

Mitglied: \_\_\_\_\_, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name des erkrankten Kindes: \_\_\_\_\_, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

#### **Erklärung des Mitgliedes**

Wir bestätigen, dass mein Ehepartner (bei Lebensgefährten der leibliche Vater oder die leibliche Mutter des Kindes) : \_\_\_\_\_

(Name des Ehepartners oder Lebensgefährten)

noch kein Krankengeld bei Erkrankung des o.g. Kindes im Jahr \_\_\_\_\_ in Anspruch genommen hat.

\_\_\_ Tage Krankengeld bei Erkrankung des o.g. Kindes im Jahr \_\_\_\_\_ in Anspruch genommen hat.

Wir beantragen die Übertragung der noch zustehenden Anspruchstage auf

Die zuständige Krankenkasse meines Ehepartners/Lebensgefährten und Vater/Mutter des Kindes ist die

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Mitgliedes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehepartners/Lebensgefährten

#### **Bestätigung der Krankenkasse des Ehepartners / Lebensgefährten**

Mitglied: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Der Übertragung des Anspruchs nach § 45 SGB V wird zugestimmt.  
Ersatzansprüche entsprechend § 105 SGB X werden anerkannt.

Der Übertragung des Anspruchs nach § 45 SGB V wird nicht zugestimmt, weil

\_\_\_\_\_  
 Das o.g. Mitglied hat im Kalenderjahr \_\_\_\_\_ kein/für \_\_\_\_\_ Arbeitstage Krankengeld nach § 45 SGB V erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **Bestätigung des Arbeitgebers des Mitgliedes**

Hiermit wird durch den Arbeitgeber \_\_\_\_\_

vom Arbeitnehmer \_\_\_\_\_, geb. am

bestätigt, dass er/sie über die Höchstanspruchsdauer hinaus zur Pflege des oben genannten erkrankten Kindes freigestellt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift