

**Antrag auf Krankengeld bei Erkrankung oder Betreuung eines Kindes**

Name, Vorname des/der Versicherten KV-Nummer

Anschrift Telefon\*

**Bankverbindung**

BIC Kreditinstitut

IBAN Kontoinhaber/-in

Wegen Erkrankung / Betreuung meines Kindes

Name, Vorname	Geb.-Datum
---------------	------------

beantrage ich Krankengeld vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Mein Kind ist  selbst Mitglied  familienversichert  privat versichert

Name der Krankenkasse

**Grund der Betreuung des Kindes** (Zutreffendes ankreuzen und – sofern vorhanden – Nachweis beifügen)

- Die beigefügte ärztliche Bescheinigung weist aus, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege meines erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.
- Die Betreuungseinrichtung meines Kindes ist aufgrund der Corona-Pandemie geschlossen (z.B. bei Quarantäne, behördliche Anordnung, verlängerte Betriebs- oder Schulferien).
- Der Zugang zur Kindesbetreuung wurde eingeschränkt und ich betreue mein Kind aus Gründen der Kontaktvermeidung zu Hause (z.B. bei Notbetreuung, aufgehobene Präsenzpflcht, behördliche Empfehlung)

**Angaben zur Feststellung des Leistungsanspruches**

1.) Wurde Ihnen im laufenden Kalenderjahr aus Anlass einer vorausgegangenen Erkrankung / Betreuung Ihres Kindes Krankengeld oder bezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber gewährt?

ja  nein

wenn ja, a) Krankengeld von der  
b) bezahlte Freistellung von meinem Arbeitgeber

Name der Krankenkasse	
von	bis

2.) Betreuen Sie Ihr Kind als alleinerziehendes Elternteil?  ja  nein

3.) Ist aufgrund der jetzigen Erkrankung / Betreuung Ihres Kindes ein Krankengeldantrag bei einer anderen Krankenkasse gestellt worden?  ja  nein

(Bitte Folgeseite beachten.)

Name, Vorname

4.) In meinem Haushalt leben folgende Personen: (erforderlich sind auch die Angaben zur eigenen Person)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Arbeitszeit, Schul- oder Kin- dergartenbesuch von bis	Mitglied welcher Kran- kenkasse?
Antragsteller/in		_____		AOK Hessen
Elternteil		_____		
Kind				
Kind				
Kind				
sonstige Angehörige				

5.) Warum ist die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres Kindes durch eine der unter 4.) genannten Personen nicht möglich? (Angaben erforderlich für Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr.)

---

---

6.) Wo wird das Kind während Ihrer und der Abwesenheit des anderen Elternteils sonst beaufsichtigt?

---

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

7.) Ist Ihr Arbeitgeber nach vertraglicher oder gesetzlicher Regelung verpflichtet, Ihnen aus diesem Anlass bezahlte Freistellung zu gewähren?

ja  nein

Wenn ja, für welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und richtig beantwortet. Sofern sich die o. g. Verhältnisse ändern, werde ich die AOK Hessen umgehend informieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte). Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.