

Antrag der/des Versicherten für den Bezug von Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter Betreuung des nicht erkrankten Kindes i.S.d. § 45 Abs. 2a SGB V

Im Jahr 2022 besteht für jedes Kind je Elternteil längstens für 30 Arbeitstage (Alleinerziehende: 60 Arbeitstage) ein Anspruch auf Kinderkrankengeld, bei mehreren Kindern längstens für 65 Arbeitstage (Alleinerziehende: 130 Arbeitstage).

Der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V besteht im Jahr 2021 auch dann, wenn die Kinderbetreuungseinrichtung (Kita), Schule oder Einrichtung für Menschen mit Behinderung zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten auf Grund des Infektionsschutzgesetzes vorübergehend geschlossen ist oder für die Klasse oder Gruppe ein Betretungsverbot ausgesprochen wurde oder die Präsenzpflcht im Unterricht ausgesetzt ist bzw. der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wurde.

Ist es aufgrund eines der vorgenannten Fälle erforderlich, der Arbeit fernzubleiben um das Kind zu betreuen, zu beaufsichtigen oder zu pflegen, ist dieser Antrag auszufüllen und bei der Krankenkasse des betreuenden Elternteils einzureichen. Erfolgt hingegen die Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege eines erkrankten Kindes, ist der Krankenkasse eine ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (sogenanntes Muster 21) vorzulegen.

| 1. Daten des betreuenden Elternteils | | |
|--------------------------------------|---------------------|--------------|
| Name, Vorname | Versicherungsnummer | Geburtsdatum |
| Anschrift | | |

| 2. Daten des Kindes | | |
|---------------------|---------------------|--------------|
| Name, Vorname | Versicherungsnummer | Geburtsdatum |
| Krankenkasse | | |

| 3. Zeitraum der Betreuung | |
|---------------------------|--------------------|
| Vom | Bis einschließlich |

| 4. Grund der Betreuung/Nachweis (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis beifügen.) | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Die Schule | <input type="checkbox"/> Die Einrichtung von Menschen mit Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Die Einrichtung zur Betreuung von Kindern (Kindertageseinrichtung, Hort, Kindertagespflegestellen) wurde von der zuständigen Behörde aufgrund des Infektionsschutzgesetzes | <input type="checkbox"/> vorübergehend geschlossen. |
| <input type="checkbox"/> Das Betreten der genannten Einrichtung wurde untersagt. | <input type="checkbox"/> Die Betriebs- oder Schulferien wurden angeordnet oder verlängert. |
| <input type="checkbox"/> Die Präsenzpflcht in der Schule wurde aufgehoben oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot wurde eingeschränkt. | |
| <input type="checkbox"/> Ich betreue mein Kind aufgrund einer behördlichen Empfehlung, die genannte Einrichtung nicht zu besuchen (z.B. Kontaktvermeidung). | |

| 5. Weitere Angaben des betreuenden Elternteils | |
|---|---|
| Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit | |
| <input type="checkbox"/> keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe. | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage habe. |
| Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr aufgrund einer vorangegangenen Erkrankung/Betreuung des genannten Kindes eine bezahlte Freistellung durch meinen Arbeitgeber gewährt | |
| <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____. <input type="checkbox"/> nein. | |
| Leistet Ihr Arbeitgeber im Falle einer Erkrankung oder Betreuung des Kindes eine bezahlte Freistellung? | |
| <input type="checkbox"/> ja, für _____ Arbeitstage <input type="checkbox"/> nein. | |
| Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr von mir Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V | |
| <input type="checkbox"/> nicht bezogen. <input type="checkbox"/> für _____ Tage (von _____ bis _____) bezogen. | |
| Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich versichere, dass eine andere in meinem Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes nicht übernehmen kann. | |
| Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung IBAN | BIC |
| DE_____ | |
| Kontoinhaber(in) | Geldinstitut (Name, Ort) |

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

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten