

# ANTRAG FÜR DEN BEZUG VON KINDERKRANKENGELD BEI PANDEMIEBEDINGTER BETREUUNG DES NICHT ERKRANKTEN KINDES (§ 45 Abs. 2a SGB V)

Damit Sie schnellstmöglich das Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter Betreuung erhalten können: Füllen Sie bitte diesen Antrag aus – und senden Sie ihn unterschrieben an uns zurück.

GLEICH  
AUSFÜLLEN  
UND  
ABSENDEN

## 1. DATEN DES BETREUENDEN ELTERNTEILS

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

PLZ

--	--	--	--	--

Ort

## 2. DATEN DES KINDES

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Krankenkasse

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

## 3. Zeitraum der Betreuung:

Vom:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Bis einschließlich:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Für folgende Tage:

## 4. Grund der Betreuung (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis<sup>1</sup> beifügen)

- Die Kita/Schule<sup>2</sup> wurde von der zuständigen Behörde geschlossen.
- Das Betreten der Kita/Schule<sup>2</sup> wurde untersagt (z. B. bei Quarantäne).
- Die Betriebs- oder Schulferien wurden angeordnet oder verlängert
- Die Präsenzplicht in der Schule wurde aufgehoben.
- Der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot wurde eingeschränkt (z. B. bei Notbetreuung).
- Es liegt eine behördliche Empfehlung vor, die Kita<sup>2</sup> nicht zu besuchen.

<sup>1</sup> Folgende Nachweise erkennen wir an: ein Schreiben der Einrichtung, eine E-Mail der Einrichtung oder ein Ausdruck von Veröffentlichungen auf der Homepage der Einrichtung oder einer Behörde. Ein Nachweis ist notwendig, da die Schließungen nach regionalen Vorgaben erfolgen können.

<sup>2</sup> Hierzu gehören auch weitere Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, z. B. Hort und Kindertagespflegestellen, sowie Einrichtung von Menschen mit Behinderung.

# ANTRAG FÜR DEN BEZUG VON KINDERKRANKENGELD BEI PANDEMIEBEDINGTER BETREUUNG DES NICHT ERKRANKTEN KINDES (§ 45 Abs. 2a SGB V)

## 5. Weitere Angaben des betreuenden Elternteils

Ich versichere, dass das Kind im o. g. Zeitraum pandemiebedingt beaufsichtigt oder betreut werden musste, eine andere in meinem Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes nicht übernehmen konnte und ich zur Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes meiner Arbeit ferngeblieben bin.

- a) Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr aufgrund einer vorangegangenen Erkrankung/Betreuung eine bezahlte Freistellung durch meinen Arbeitgeber gewährt:

Ja, vom 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Nein

- b) Für das genannte Kind habe ich in diesem Kalenderjahr Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V bezogen:

Ja, für  Tage von 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Nein

- c) Ich bin alleinerziehend:  Ja  Nein

- d) Ich habe einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung für den gleichen Zeitraum gestellt:

Nein  Ja, Entschädigungsleistung nach § 56 Abs. 1a IfSG  
 Ja, Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI

## 6. Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Name, Vorname des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Sitz des Geldinstituts:

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Tel: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Kinderkrankengeld im Rahmen von § 45 Sozialgesetzbuch V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](https://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Datum, Ort

Unterschrift des/der Versicherten

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

## **SENDEN SIE DIESE 2 SEITEN BITTE ZURÜCK**

**Per Post:**  
Mobil Krankenkasse,  
20091 Hamburg

**Per E-Mail:**  
Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen