

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Datum: _____

Antrag auf Erstattung der Kosten für die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben

unsere Tochter/unsere(n) Sohn

_____,

geboren am _____,

am _____ gegen Meningokokken der Serogruppe B impfen lassen.

In der Anlage zu diesem Schreiben finden Sie die Rechnung für die ____ Impfung mit der Bitte um Erstattung der dadurch entstandenen Kosten auf das folgende Konto:

Kontonummer: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____

Geldinstitut: _____

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Name

Anlage: Originalrechnung