

Anschrift Ihrer Krankenkasse

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Datum

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben unsere Tochter/ unseren Sohn \_\_\_\_\_ geboren  
am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ auf ärztliche Empfehlung von  
\_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ wegen  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ gegen Meningokokken der Serogruppe B impfen lassen.

In der Anlage zu diesem Schreiben finden Sie die Rechnung für die \_\_\_\_\_ Dosis der Impfserie mit der Bitte um Erstattung der dadurch entstandenen Kosten auf das folgende Konto.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Name

Anlage: Originalrechnung