

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