

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