	Name:
	Straße:
	PLZ Ort:
	Telefonnummer:
	Versichertennummer:
Krankenkasse:	
Straße:	
PLZ Ort:	Datum:
Antrag auf Erstattung der Kosten für die In	npfuna aeaen Meninaokokken
der Serogruppe B	.p.og gogoogoo
Sehr geehrte Damen und Herren,	
die STIKO hat die Meningokokken B-Impfung zur Standardimpfung erklärt (Epid Bull 03/2024).	
Daher haben wir unsere Tochter/unseren Sohn	
geb. am 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 BIC	
DIC LILITING	_
Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.	
Mit freundlichen Grüßen	

Name

Anlage: Originalrechnung