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/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

493151PD012B NP-DE-MNX-CRD-190001 07.2021