

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Datum: _____

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

Grund der Impfung:

Ärztliche Empfehlung

Reise (CRM-Empfehlung der MenB-Impfung für Reisen)*

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben unsere Tochter/unsere(n) 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

* <https://www.crm.de/krankenkassen/index2.html> – letzter Stand: 14.04.2022.