

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Versichertennummer  
des Kindes: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## **Antrag: Erstattung der Kosten für die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen ACWY**

Sehr geehrte Damen und Herren,

am \_\_\_\_\_

wurde unsere Tochter/ unser Sohn \_\_\_\_\_,

geboren am \_\_\_\_\_,

aufgrund einer ärztlichen Empfehlung

wegen \_\_\_\_\_

gegen Meningokokken der Serogruppen ACWY geimpft.

Diesem Schreiben liegt die Rechnung für die Impfung sowie das Arzthonorar bei.

Ich bitte um eine Erstattung der entstandenen Kosten auf folgendes Konto:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

Name

Unterschrift