

**GEMEINSAM GEGEN MENINGOKOKKEN**

EINE KLEINE VERÄNDERUNG,  
**DIE KINDERLEBEN  
RETTEN KANN.**

Kindesname:

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 entstanden Kosten auf folgendes Konto:

KONTOINHABER:

IBAN

BIC

GESAMTSUMME:

Mit freundlichen Grüßen

Name

Unterschrift