

**GEMEINSAM GEGEN MENINGOKOKKEN**

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

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel. - Nr.:

Versichertennummer:

Krankenkasse:

Straße:

PLZ, Ort:

Datum:

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

am [redacted] wurde [redacted],  
geboren am [redacted], aufgrund einer ärztlichen Empfehlung wegen

[redacted]  
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