Name:

Versichertennummer:

An die Krankenkasse:

Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kostenerstattung Schutzimpfung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

wurde gegen (hier bitte Impfungen eintragen)

geimpft.

In der Anlage erhalten Sie die Rechnung mit der Bitte um Erstattung der entstandenen Kosten auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

IBAN DE \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

BIC \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Kreditinstitut

Besten Dank und freundliche Grüße

(Unterschrift)

Anlage: Originalrechnung