

Abs.:

Versichertennummer: _____

Krankenkasse:

_____, den _____

Kostenerstattung Schutzimpfungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben unsere **Tochter/unsere(n) Sohn**, **geboren am**
gegen impfen lassen.

Beigefügt erhalten Sie die Rechnung für die _____. Impfung mit der Bitte um Erstattung der
entstandenen Kosten auf folgendes Konto:

Kontonummer: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____

Geldinstitut: _____

Bei eventuellen Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung (Tel.: _____)!

Freundliche Grüße

Anlage: Originalrechnung