

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer (steht auf der Versichertenkarte) _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Datum _____

Kostenerstattung Auslandsreiseschutzimpfungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund einer geplanten Urlaubsreise nach Saudi Arabien habe ich mich gegen Meningokokken impfen lassen.

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

Kontonummer: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____

Geldinstitut: _____

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung!

Freundliche Grüße

Unterschrift