Name und Anschrift
des/der Versicherten _____

Telefonnummer _____

Versichertennummer _____

Name und Anschrift
der Krankenkasse _____

Datum _____

Anfrage auf Erstattung der Impfung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich, _____ geb. am _____ ,
habe mich am _____ auf ärztliches Anraten hin gegen RSV impfen lassen.

Indikation: ○ maternale Immunisierung ○ Altersgruppe 18-59

In der Anlage zu diesem Schreiben finden Sie die Rechnung(en)
○ für den verwendeten Impfstoff ○ über die ärztliche Leistung

Angefallene Gesamtkosten inkl. MwSt.: _____ €

Ich bitte Sie um Erstattung der entstandenen Kosten auf das folgende Konto:

IBAN

BIC

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Name _____ Unterschrift _____

Anlage: Originalrechnung(en)