

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer

Versichertennummer (**steht auf der Versichertenkarte**)

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Datum

Kostenerstattung Rotavirus-Schutzimpfung

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Beigefügt erhalten Sie die Rechnung für die (**wieviele**) 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!

Freundliche Grüße

Name

Anlage: Originalrechnung