

---

Name  
Straße  
PLZ Ort  
Telefonnummer  
Versichertennummer (steht auf der Versichertenkarte)

Krankenkasse  
Straße  
PLZ Ort

Datum

### **Kostenerstattung Auslandsreiseschutzimpfung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund einer geplanten Urlaubsreise nach (Urlaubsziel) haben wir uns entsprechend der Empfehlungen zur Gesundheitsvorsorge gegen (Impfung bzw. Impfungen) impfen lassen.

Beigefügt erhalten Sie die Rechnung(en) für die Impfung(en) für mich und meine mitversicherten Familienangehörigen (Name der Ehefrau, Geburtsdatum, Versichertennummer) und (Name des Kindes, Geburtsdatum, Versichertennummer).

Ich bitte um Erstattung der entstandenen Kosten auf folgendes Konto:

Kontoinhaber:

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

Kreditinstitut:

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Name

Anlage: Originalrechnung

---