Name: _____

Straße: _____

PLZ-Ort: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ-Ort: _____

Datum: _____

Antrag auf Erstattung der Kosten für die Impfung gegen RSV

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich habe mich auf ärztliche Empfehlung von _____

am _____gegen RSV impfen lassen.

In der Anlage zu diesem Schreiben finden Sie die Rechnung für die Impfung mit der Bitte um Erstattung der dadurch entstandenen Kosten auf das folgende Konto:

IBAN

BIC

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlagen:

- ○ Originalrechnung / Originalrezept
- ○ Kopie Ihrer positiven Rückmeldung zu meinem Antrag auf Kostenübernahme vom _____.

493161PD002B NP-DE-RSA-LTR-230002 05/2025