Patientenname, Versichertennummer

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Name Krankenkasse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

3. Februar 2020

**Kostenerstattung Auslandsreiseschutzimpfungen für Versichertennummer**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund einer geplanten Urlaubsreise habe ich mich reisemedizinisch beraten und impfen lassen.

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

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

**Anlage:** Rechnung(en)