Krankenkasse

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Ort, Datum

Betreff: Antrag zur Erstattung der Covid-19-Schutzimpfung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Versichertennr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), beantrage hiermit die Erstattung der Kosten für eine indizierte Covid-19-Impfung in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_ Euro.

Bitte überweisen Sie mir den Betrag auf folgendes Konto

IBAN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beste Grüße

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

Anhang: Arztrechnung