

Abs.:

Krankenkasse: _____

Vers.-Nr.: _____

_____, den _____

Kostenerstattung HPV-Impfung zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich, _____, geboren am _____,
habe die HPV-Impfung zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs erhalten.

Beigefügt erhalten Sie die Rechnung für die _____ Impfung mit der Bitte
um Erstattung der entstandenen Kosten auf folgendes Konto:

Kontonummer: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____

Geldinstitut: _____

Für eventuelle Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung

(Tel.: _____)

Mit freundlichen Grüßen

Anlage:

Originalrechnung

Rezept des Arztes