

# ANTRAG ZUR KOSTENERSTATTUNG

**An:**

---

Krankenkasse

---

Straße, Nr./Postfach

---

PLZ, Ort

---

Vertragsnummer (nur von Privatversicherten auszufüllen)

**Von:**

---

Name Antragsteller:in

---

Straße, Nr.

---

PLZ, Ort

---

Geburtsdatum

---

Ort, Datum

## **Antrag zur Kostenerstattung der HPV-Impfung**

ich wurde am \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ sowie am \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

zur Prävention von bestimmten HPV-assozierten Krebserkrankungen und Genitalwarzen geimpft.

Die Rechnungen von meiner Ärztin/meinem Arzt und der Apotheke sind diesem Antrag beigefügt.

Ich bitte Sie, die Kosten für die HPV-Impfung zu übernehmen.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

---

---

---

Mit freundlichen Grüßen

---

Unterschrift Antragsteller:in