

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-assoziierten Krebserkrankungen und Genitalwarzen geimpft.

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

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