

**Vorname Nachname**  
**Versicherten-Nummer (siehe Versichertenkarte)**  
Adresse (Strasse)  
Adresse (PLZ, Ort)  
Tel.  
E-Mail

München, den (Datum)

An die  
... Krankenkasse (Name des Empfängers)  
Adresse (Straße)  
Adresse (PLZ, Ort)

**Betrifft: Antrag auf Kostenerstattung/Kostenübernahme von Auslagen für Reiseimpfungen**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**  
Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund einer geplanten Urlaubsreise nach (Urlaubsziel) habe ich mich gegen (Impfung bzw. Impfungen) impfen lassen.

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme/Kostenerstattung auf meine Kontoverbindung  
Kontoinhaber:

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

Kreditinstitut:

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung!

Im Falle einer Nichtimpfung und daraus resultierenden Infektion wäre nach Angaben meines behandelnden Arztes mit nicht unerheblicher Gesundheitsgefährdung und Folgekosten zu rechnen.

In der Hoffnung auf eine baldige positive Rückantwort verbleibe ich mit freundlichen Grüßen,

---

(Unterschrift)

Anlage:

Rechnung der Praxis Dr. Schmid über Impfung