

**INFORMATION**  
der  
**Krankenversicherungsträger**

<b>ZECKENSCHUTZIMPFUNG</b>
----------------------------

Sehr geehrte Kundinnen und Kunden,

wir möchten Ihnen Zeit und den Weg zu Ihrer Krankenkasse ersparen.

Bitte fertigen Sie den Antragsabschnitt **vollständig** aus und senden Sie diesen mit der Bestätigung des Sanitätsdienstes an Ihre Krankenkasse (Anschrift auf der Rückseite ersichtlich).

Wir bemühen uns, Ihren Antrag rasch zu bearbeiten.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Krankenversicherungsträger

PS.: Bitte beachten Sie, dass eine Barauszahlung des Kostenzuschusses nicht möglich ist.

<b>Antrag auf Kostenzuschuss</b>	
<b>Zuständiger Krankenversicherungsträger:</b> .....	
Familien- und Vorname der <b>geimpften</b> Person	Versicherungsnummer/Geburtsdatum
Familien- und Vorname der <b>versicherten</b> Person	Versicherungsnummer/Geburtsdatum
<b>Adresse</b>  .....  .....	<b>IBAN</b>  ..... <b>Kontoinhaber</b>  ..... <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>..... Name</span> <span>..... Unterschrift</span> </div>
Impfdatum      .....  .....  .....	Impfkosten  <b>EUR   15,-   Impfstoffkosten</b>          Stempel des Sanitätsdienstes