

Absender, NAME, ANSCHRIFT

ORT
Datum

An Krankenkasse
NAME
ANSCHRIFT

Absender
Name und Anschrift

**Widerspruch gegen den Bescheid vom DATUM;
Ihr Zeichen: XXXX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den Bescheid vom DATUM, mir zugegangen am DATUM, erhebe ich hiermit
Widerspruch. Ich bitte Sie die Entscheidung zu überprüfen, weil BEGRÜNDUNG

...

...

.

Mit freundlichen Grüßen,

EIGENER NAME
UNTERSCHRIFT