ABSENDER Name, Anschrift

Ort:

Datum:

ABSENDER

Name

Anschrift

An Krankenkasse

NAME

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- (oder: Begründung wird nachgereicht)

…

…

.

Mit freundlichen Grüßen,

EIGENER NAME

UNTERSCHRIFT