Absender, NAME, ANSCHRIFT

ORT

Datum

Absender

Name und 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

…

…

.

Mit freundlichen Grüßen,

EIGENER NAME

UNTERSCHRIFT