

Vorname Nachname
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort
Telefon
Versichertennummer (*auf dem Bescheid zu finden*)

Krankenkasse
Straße
PLZ Ort

_____ Datum

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom (*Datum einfügen*)

Sehr geehrte Damen und Herren,

_____ hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom _____ ein. Eine Begründung meines Widerspruchs werde ich zeitnah nachreichen.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift
