|  |
| --- |
| Vorname NachnameStraße und HausnummerPLZ und OrtTelefonVersichertennummer *(auf dem Bescheid zu finden)*  |
|  |  |
|  |  |  |  |
| KrankenkasseStraßePLZ 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*