|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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*