

ABSENDER Name, Anschrift

Ort:  
Datum:

An Krankenkasse

ABSENDER  
Name

NAME

Anschrift

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