



Empfänger: Pflegekasse / Krankenkasse

An

Ort, Datum: _____

Absender/in

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Widerspruch gegen Ihren Bescheid

Bescheid vom: _____ Aktenzeichen / Vorgangsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristwährend Widerspruch gegen Ihren oben genannten Bescheid ein.
Ich bitte um erneute Prüfung der Entscheidung.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Widerspruchs schriftlich.

Begründung

- ☐ Eine Begründung ist beigefügt.
- ☐ Eine Begründung wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift