

**Empfänger**

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Absender**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Kündigung meiner Mitgliedschaft, Krankenversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum \_\_\_\_\_  
Bitte senden Sie mir innerhalb von 14 Tagen die Kündigungsbestätigung gemäß §175 SGB V zu.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_