

Absender

Datum _____

Adresse der Krankenkasse

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____
(finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum _____.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)