

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)