

An die Krankenkasse

---

---

---

---

Absender

---

---

---

---

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung zum Ablauf des übernächsten Monats, alternativ zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Bitte übersenden Sie mir – gemäß § 175 SGB V – innerhalb von 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung. Vielen Dank.

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / Unterschrift