Ihr Name

Ihre Straße + Hausnummer

Postleitzahl Ort

 12. März 2012

An

Ihre Krankenkasse

Straße + Hausnummer

Postleitzahl Ort

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Krankenversicherungsnummer:** Ihre Krankenversicherungsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß zum

Kündigungstermin (Zwei Monate zum Ende des Kalendermonats).

Gleichzeitig bitte ich Sie um Übersendung der Kündigungsbestätigung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift