

Ihr Name  
Straße und Hausnummer  
PLZ, Ort

Krankenkasse  
Straße, Hausnummer  
PLZ, Ort

Ort, Datum

**Widerspruch Neufestsetzung der Krankenversicherungsbeiträge**

Versicherten-Nr:

Gegen Ihren Bescheid über die Neufestsetzung meiner Krankenversicherungsbeiträge vom (Datum) lege ich hiermit Widerspruch ein.

Begründen Sie hier Ihren Widerspruch. Zeigen Sie auf, gegen welche Rechtsvorschrift der Bescheid verstößt oder welche Rechtsposition durch den Bescheid verletzt wurde. Schildern Sie Ihre persönliche Situation.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift