

Muster-Krankenkasse
Musterweg 12
12345 Musterstadt

Musterdorf, den 01.02.2022

Kündigung des Hausarztprogramms (Versichertennummer 123456)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Teilnahme am Hausarztprogramm fristgerecht zum TT.MM.JJJJ, hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte lassen Sie mir eine schriftliche Kündigungsbestätigung zukommen.

Mit freundlichen Grüßen

Mia Muster

Mia Muster