

MUSTER-Krankenkasse PF 333, 00000 Musterburg

Frau  
Anke Musterfrau  
Musterweg 1  
01010 Musterstadt

*Postanschrift* Gesetzliche Krankenversicherung  
MUSTER Krankenkasse Postzentrum  
00000 Musterstadt  
*Telefonkontakt* Telefon: 0000 5234610  
Telefax: 0000 52346-20  
E-Mail: [service@mkk.de](mailto:service@mkk.de)  
*Internet* [www.mkk-krankenkasse.de](http://www.mkk-krankenkasse.de)  
*persönlicher Kontakt* Neue Musterstraße. 17  
00000 Musterstadt  
*Mo - Mi* 09:00 - 17:00 Uhr  
*Do* 09:00 - 16:00 Uhr  
*Fr* 09:00 - 12:00 Uhr

**Unser Zeichen X 124 756 241-8699000-12rr-KUE**  
*Datum* 20.01.2017

**Kündigungsbestätigung  
nach § 175 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch**

Für Frau	Geburtsdatum
<b>Anke Musterfrau</b>	<b>01.01.1965</b>
Krankenversichertennummer	Versichertennummer der Rentenversicherung
<b>0012345678</b>	<b>12345678K529</b>
IK – Nummer	
<b>000123456</b>	

**Sehr geehrte Frau Musterfrau,**

Sie haben am 07.12.2016 Ihre Mitgliedschaft in der MUSTER Krankenkasse zum 28.02.2017 gekündigt.

Wenn Sie innerhalb von 18 Monaten nach dem 28.02.2017 Mitglied einer anderen Krankenkasse werden wollen, ist diese Kündigungsbestätigung dort vorzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre MUSTER Krankenkasse  
-Kundenberatung-