

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