[Dein Name] [Deine Straße + Hausnummer]

[PLZ und Ort]

[Deine Telefonnummer]

[Deine E-Mail-Adresse]

[Deine gesetzliche Krankenkasse]

[Straße]

[PLZ und Ort]

[Datum]

**Versichertennummer: [entnimmst Du Deiner Versichertenkarte]**

**Ihr Aktenzeichen: [entnimmst Du Dem Ablehnungsbescheid]**

**Widerspruch gegen Ablehnungsbescheid**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mir mit Schreiben vom [Datum des Ablehnungsbescheids] mitgeteilt, dass Sie die Kosten für [Grund für die Kosten angeben] nicht übernehmen.

Gegen diese Entscheidung lege ich hiermit Widerspruch ein.

Ich bin mit der Ablehnung der Kostenübernahmen aus folgenden Gründen nicht einverstanden: [kurze Begründung schreiben]

Ich beantrage deswegen, den Ablehnungsbescheid vom [Datum des Ablehnungsbescheids] aufzuheben und mir die Kosten zu erstatten.

Mit freundlichen Grüßen,