[Prénom][NOM]	
[Adresse]	
[Code Postal][Ville]	
Tél.: 01.23.45.67.89	
	Caisse primaire d'assurance maladie
	[Adresse Destinataire]
	[Code Postal][VILLE]
	Paris, le 14/12/2025
Objet : Demonde de la certe européeme d'eccurence realedie	
Objet : Demande de la carte européenne d'assurance maladie	
Madame, Monsieur,	
Je soussigné(e) [Nom & prénom], [travailleur / étudiant(e) / sal à la CPAM de [nom de la ville].	larié(e) / à la recherche d'un emploi / etc.] être assuré(e)
	e / etc.] nour la nériode du [date] au [date]
Je souhaite partir à l'étranger en [Allemagne / Pologne / Irlande / etc.] pour la période du [date] au [date]. C'est pourquoi, je vous demande de bien vouloir me délivrer une carte européenne d'assurance maladie afin que je	
puisse couvrir mes soins médicaux à l'étranger.	une carte caropeerine d'assurance maiade ann que je
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.	
	-
	[Prénom][NOM]
	Signature