



## 訂閱驗證表單

我們請您填寫此表單，因為我們需要更多資訊來完成您的申請。

### 申請條件：

- ▶ 請於預約前至少**兩個工作日**致電安排您的行程。
- ▶ 我們必須在您預約後**45天**內收到此表單。
- ▶ 您必須附上所有必要的收據。
- ▶ 在我們收到您完整填寫的表單與所有必要收據後，將於預約就診日起**14天**內撥款給您。
- ▶ 如果您的申請資料不完整，可能需再延長**14天**處理。

### 請填寫以下會員資訊：

會員姓名： \_\_\_\_\_

Health Share會員Identification (ID, 識別) 碼： \_\_\_\_\_

**會員：**請將填妥的必要表單與收據郵寄至：P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**醫療保健服務提供者：**請附上包含診所聯絡詳情的封面頁，並將表單傳真至503-296-2681

您可以獲得本文件的其他語言版本、大字版、盲文版或您慣用的格式。您也有權使用口譯員。您可以透過經認證或合格的醫療保健口譯員獲得協助。此協助為免費提供。請致電800-224-4840、聽語障專線711，或告知您的醫療服務提供者。我們接受中繼電話。

**請填寫每位會員各次預約的日期與星期。**

診所工作人員：請在會員每次出席預約就診或接受治療的日期旁簽上縮寫。遠距醫療預約就診不符合補助報銷資格。

月份：\_\_\_\_\_ 年份：\_\_\_\_\_

星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

簽署本表即表示我證明所提供的資訊正確無誤。

醫師/診所代表簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_