



機密通訊申請表

填寫此表格以接收 所有披露醫療資訊或提供者名稱和地址的通信，這些資訊與接受 醫療服務的替代地址或通過其他替代方式有關。

---

要求機密通訊的相關人：

姓名： \_\_\_\_\_

醫療記錄號碼： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵政編碼： \_\_\_\_\_

電子郵件地址（如適用）： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

---

請將所有未來的通信發送到下面提供的地址：

替代電話號碼： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵政編碼： \_\_\_\_\_

替代電子郵件地址（如適用）： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

---

替代溝通方式（如適用）： \_\_\_\_\_

如果我們對此請求有疑問，您希望如何联系？

我了解此請求將一直有效，直到我撤銷請求或提交新請求。

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

---

請將填妥並簽署的申請寄回至：

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001。