



기밀 커뮤니케이션 철회 요청 양식

이전에 제공된 대체 우편 주소, 전화번호 또는 이메일 주소로 기밀 커뮤니케이션이 전달되는 것을 중단하려면 이 양식을 작성하십시오.

기밀 커뮤니케이션 중단을 요청하는 보장 대상 개인:

이름: \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

파일의 현재 대체 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

파일의 현재 대체 이메일 주소(해당하는 경우): \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

향후 모든 커뮤니케이션은 아래 제공된 주소로 보내주십시오.

주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

이메일 주소(해당하는 경우): \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

당사에서 이 요청에 대한 문의 사항이 있으면 어떻게 연락드리면 됩니까?

본인은 이것이 본인의 대체 주소로 전송되는 기밀 커뮤니케이션을 중단하기 위한 요청임을 이해합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

작성하고 서명한 요청을 다음 주소로 보내주십시오.

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