



機密通訊撤銷申請表

填寫此表格以停止在發送機密通信時使用之前提供的替代郵寄地址、電話號碼或電子郵件地址。

要求終止機密通信的相關人：

姓名： _____

醫療記錄號碼： _____ 出生日期： _____

當前存檔的備用地址： _____

城市： _____ 州： _____ 郵政編碼： _____

當前存檔的備用電子郵件地址（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：

地址： _____

城市： _____ 州： _____ 郵政編碼： _____

電子郵件地址（如適用）： _____

電話號碼： _____

如果我們對此請求有疑問，您希望如何聯系？

我了解這是一項停止將機密通信發送到我的備用地址的請求。

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。