

直接付款帳戶學生證明表 /

Student Certification Form for Direct Pay Accounts**學生眷屬保險規定：**

- 必須未滿 23 歲。
- 必須未婚。
- 必須受投保人扶養。
- 必須就讀於政府立案的教育機構。
- 必須是全日制學生。

投保人：填妥本表，並郵寄
至：

Kaiser Permanente
California Service Center
P.O. Box 23059
San Diego, CA 92193-3059

您也可將本表傳真至下列號碼：
858-614-3344

眷屬姓名 /
Dependent's Name

眷屬的醫療記錄編號 /
Dependent's Medical Record Number

眷屬生日 /
Dependent's Birth Date

眷屬的社會安全號碼 /
Dependent's Social Security Number

校名 / School Name

校址 / School Address

城市、州別、郵遞區號 / City, State, ZIP Code

學生證號碼 / Student ID Number

投保單位數 / Number of Units Carried

學生請病假：如果您應要求提交學生證明表給 Kaiser Permanente，而且請病假的學生能夠出具醫師證明，請在下方註明病假開始日期，並附上醫師證明文件。

學生病假開始日期 /
Date Student's Leave Began

本人證明，上列眷屬係屬全日制學生，符合本人帳戶之所有保險規定本人了解，若上列規定有任一不再符合者，該眷屬之保險將於失去受保資格之日次月的首日終止。

投保人簽名 / Subscriber's Signature

日期 / Date

投保人姓名 /
Subscriber's Name

投保人的醫療記錄編號 /
Subscriber's Medical Record Number

投保人的社會安全號碼 /
Subscriber's Social Security Number

購保人 ID 號碼 /
Purchaser ID Number