

會員狀況更改申辦表格

此表格供您更改個人數據資料或主治醫生 (Primary Care Provider, 簡稱PCP)、要求補發會員ID卡與/或就新生兒 (受撫養人) 通知第一保健。如果您透過NY State of Health (紐約州健保計劃市場) 註冊參加醫療補助/兒童優惠保健計劃 (CHP), 必須直接在 nystateofhealth.ny.gov 向NYSOH (紐約州健保計劃市場) 報告所有個人數據資料賬戶的更動, 而且不需要完成本表格。請確保勾選要求類型並根據需要在適當的欄目填寫必要資訊。您可一次提交多個要求。

以下是完成本表格各部份的指示:

更改個人數據資料

要求更換電子郵件、郵寄地址、家庭住址和電話號碼

- 選擇您希望更改的項目: 家庭住址、郵寄地址、電子郵件地址、家庭電話或手機。您可一次作出多項更動
- 填寫會員的姓名 (名字, 姓氏), 姓名須與其第一保健會員ID卡所示相同
- 填寫第一保健會員ID卡上的會員ID號碼
- 在適當的欄目填寫原本的和新的資料

補發會員ID卡

要求補發第一保健會員ID卡

- 填寫要求ID卡的會員姓名 (名字, 姓氏), 姓名須與其會員ID卡所示相同
- 填寫會員ID號碼
- 填寫會員的出生日期
- 您可一次為多位會員提出第一保健會員ID卡補發要求

更換主治醫生

要求更換主治醫生 (PCP)

- 填寫要求更換主治醫生的會員姓名 (名字, 姓氏), 姓名須與其第一保健會員ID卡所示相同
- 填寫第一保健會員ID卡上的會員ID號碼
- 填寫新的主治醫生姓名、地址、診所電話號碼和服務提供者ID號碼 (如有)
- 填寫原本的主治醫生姓名、地址、診所電話號碼和服務提供者ID號碼 (如有)
- 您可用同一表格為同一投保人賬戶下的一位及以上的會員提出更換主治醫生申請

新生兒通知

就新生兒通知第一保健

- 填寫會員 (母親) 的姓名 (名字, 姓氏), 姓名須與其會員ID卡所示相同
- 填寫會員 (母親) 第一保健ID卡上的會員ID號碼
- 如已為您的新生兒選擇了一位主治醫生, 請填寫新生兒主治醫生資訊, 包括其姓名、地址、診所電話號碼和服務提供者ID號碼 (如有)
- 填寫新生兒姓名 (名字, 姓氏)、出生日期、性別和醫療補助客戶識別號碼 (CIN 號碼) (如有)

會員證言

在表格上簽名並填寫日期

- 在確保所有資料都填寫完畢後, 請簽名並填寫日期

會員反饋

會員反饋能幫助我們改進本表格

- 為幫助我們改進本表格, 請透過勾選「是」或「否」告知我們本表格是否容易填寫。如選擇「否」, 請說明原因

如果您有任何疑問或者需要填寫本表格的其他協助, 請致電我們的會員服務部, 電話號碼是1-866-463-6743, 英語聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821, 西班牙語聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-867-4132, 服務時間週一至週五, 上午8時至下午6時。我們可用英語、西班牙語、中文和其他語言為您提供幫助。如果您需要面對面填寫本表格的協助, 您可來訪離您最近的第一保健服務中心。

會員狀況更改 申辦表格

Member Services Department
Healthfirst, Inc., P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165
1-866-463-6743 | 聽力語言殘障服務專線 TTY: 1-888-542-3821
傳真: 1-212-801-3250 | 週一至週五, 上午8時至下午6時

更改原因:

- 地址/電話/電子郵件
- 索取會員ID卡
- 要求更換主治醫生(PCP)
- 新生兒通知

請勾選更改的項目:

- 家庭住址
- 郵寄地址
- 電子郵件地址
- 家庭電話
- 手機

透過NY State of Health(紐約州健保計劃市場)註冊參加醫療補助(Medicaid)/兒童優惠保健計劃(CHP)的個人必須向NY State of Health(紐約州健保計劃市場)報告其賬戶的任何更動, 而且無需完成本表格。

戶主

姓氏	名字	中間名首字母	ID號碼
新的家庭住址	公寓號碼/樓層	市、州、郵遞區號	新的家庭電話(區號及電話號碼)
新的郵寄地址	公寓號碼/樓層	市、州、郵遞區號	新的手機(區號及電話號碼)
原本的家庭住址	公寓號碼/樓層	市、州、郵遞區號	原本的家庭電話(區號及電話號碼)
原本的郵寄地址	公寓號碼/樓層	市、州、郵遞區號	原本的手機(區號及電話號碼)
原本的電子郵件地址	新的電子郵件地址		

要求補發會員ID卡 請提供醫療補助客戶識別號碼(CIN)或第一保健會員ID號碼。 (例如AB00000C或9XXXXXX1)
會員姓名
CIN號碼或第一保健會員ID號碼
出生日期
會員姓名
CIN號碼或第一保健會員ID號碼
出生日期
會員姓名
CIN號碼或第一保健會員ID號碼
出生日期

更換主治醫生(PCP)請填寫此部份。 您會收到一張新的會員ID卡。
會員姓名
CIN號碼或第一保健會員ID號碼
新的主治醫生姓名
新的主治醫生的ID號碼(選填):
新的主治醫生地址
新的主治醫生電話號碼
原本的主治醫生姓名
原本的主治醫生的ID號碼(選填):
原本的主治醫生地址
原本的主治醫生電話號碼

新生兒通知	
會員姓名	
CIN號碼或第一保健會員ID號碼	
新生兒主治醫生姓名	
新生兒主治醫生的ID號碼(選填):	
新生兒主治醫生地址	
新生兒主治醫生電話號碼	
新生兒姓名	
出生日期	性別
新生兒CIN號碼	
新生兒姓名	
出生日期	性別
新生兒CIN號碼	

本表格是否容易填寫? 是 否
如否, 請說明原因。

戶主簽名

簽署日期