

請完成此表格，並附上支持文件（收據和賬單），為合格的自費服務要求費用償付。您一次只能提交一項費用償付要求。如果您認為有自付扣除金或共同保險／定額手續費多付款的情況，請直接聯繫服務提供者。**此表格不能用於要求償付非合格服務的自付費用。**

以下是完成本表格各部份的指示。在填寫本表格之前請仔細閱讀。

第一部份 會員資訊

- 填寫您的第一保健會員ID卡上可以找到的會員ID號碼
- 填寫您的姓名（名字，姓氏，須與您的ID卡所示姓名相同）
- 填寫您完整的郵寄地址
- 填寫您的電話號碼，以備我們需要與您聯繫，確認任何資訊。

第二部份 費用償付申報資訊

- 填寫償付的金額。

第三部份 要求費用償付的理由

- 請注意，您只能因急診室服務而獲得費用償付。此外，您一次只能提交一項費用償付要求。

第四部份 隨附的支持文件

- 請勾選您將與您的表格一同遞交的支持文件（收據與賬單）類型。

第五部份 會員證言和簽名

- 請審閱您的表格、簽名並填寫日期，以證明表格上的資訊以及隨附的文件均準確及完整
- 如果您簽寫這份表格但不是會員本人，請在給出的空白處提供我們您的聯繫資訊
- 請附上任何支持文件並連同填寫完的表格一起郵寄至：

Healthfirst Inc.
P.O.Box 5165
New York, NY 10274-5165

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**1-888-250-2220**（聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821），服務時間週一至週五，上午8時至晚上8時。如果您需要面對面填寫本表格的協助，您可來訪我們離您最近的第一保健社區辦公室。請上網查看服務時間和地點，網址是：
<https://zh.healthfirst.org/healthfirst-community-office/>

第一部份	會員資訊	會員卡ID號碼 _____
名字 _____	姓氏 _____	
地址 _____		
城市 _____	州 _____	郵遞區號 _____
電話號碼 (包括區號) (_____) _____		

第二部份	費用償付申報資訊	要求償付的金額: \$ _____ . _____
-------------	-----------------	---------------------------

第三部份	要求費用償付的理由	第四部份	隨附的支持文件
急診室服務		請選擇所有適用的選項	<input type="checkbox"/> 收據 – 付款證據 <input type="checkbox"/> 列出診斷與程序代碼的服務提供者費用申報表格

第五部份	會員證言
-------------	-------------

本人在此簽字作證,本人在作為第一保健「人人享有」健保計劃會員期間確曾為所接受的特定服務支付所列金額。本人進一步證明,本表格所附付款證據在所有方面均準確、真實及完整。本人亦明白,第一保健所作的任何有關費用償付的決定均須符合費用分攤與共同保險的規定。

簽名 _____ 日期 _____

*如果您是授權代表,您必須在上面簽名並提供下列資訊:

姓名: _____ 電話號碼:(_____) _____ 與參保者的關係 _____

地址 _____

本表格是否容易填寫? 是 否 如否,請說明原因 _____

