

**DC HealthCare Alliance 보험 이전 양식**

문의사항은 HELPLINE (202) 639-4030 으로 문의하십시오.

청각 장애인은 TDD/TTY (202) 639-4041 로 문의하십시오.

\*\*본 양식은 귀하와 귀하의 가족의 건강보험을 변경하는 용도로만 사용됩니다. 우편으로도 변경하실 수 있습니다.  
첨부한 봉투에 넣어서 보내주십시오. 또는 (202) 639-4030 의 HELPLINE 으로 전화하셔서 변경하실 수도 있습니다.

**제 1 단계: 호주 정보**

이름	중간이름 이니셜	성	전화번호		
집주소		아파트 #	시	주	우편번호
생년월일	Alliance 번호		사회보장번호(선택사항)		
선택하신 건강보험 이름			원하는 주치의 이름		

**제 2 단계: 가족 정보**

이름	중간이름 이니셜	성			
생년월일	Alliance 번호		사회보장번호(선택사항)		
선택하신 건강보험 이름			원하는 주치의 이름		
이름	중간이름 이니셜	성			
생년월일	Alliance 번호		사회보장번호(선택사항)		
선택하신 건강보험 이름			원하는 주치의 이름		
이름	중간이름 이니셜	성			
생년월일	Alliance 번호		사회보장번호		
선택하신 건강보험 이름			원하는 주치의 이름		
이름	중간이름 이니셜	성			
생년월일	Alliance 번호		사회보장번호(선택사항)		
선택하신 건강보험 이름			원하는 주치의 이름		

가족 이름을 기입할 란이 더 필요할 경우 본 양식의 뒷면에 작성해 주십시오. 감사합니다.

호주 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**제 3 단계: 노란색 종이에 인쇄된 개인 건강 위험 평가 양식을 작성하십시오.**

동봉된 봉투에 양식을 넣어 보내주십시오 - 우표는 필요 없습니다.

또는 (202) 639-4030 의 HELPLINE 으로 전화하셔서 변경하실 수도 있습니다.