**保険承認および給付金受給権譲渡書**

私、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）は、

*患者名 DMH患者ID番号*

ここに、[AGENCY NAME]が、添付の保険請求フォームで要求された情報を開示することを承認します。

**署名** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **日付** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

私はここに、[AGENCY NAME]にすべての給付金を譲渡し、直接支払いを行うことを承認します。

**署名** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**保険会社への通知：**

**[AGENCY NAME]***を受取人とするすべての小切手を作成し、次の宛先に郵送してください*。*：*

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**連邦納税者ID番号： [Agency Tax ID]**

お問い合わせは、[Agency Billing Office]までご連絡ください

* Eメール： [Billing Office/Contact e-mail]
* 電話番号： [Billing Office phone number]