**보험 승인 및 혜택 할당**

본인,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

 *고객 이름 DMH 고객 ID#*

은/는 이로써 [AGENCY NAME]에서 첨부된 보험 청구서에 요청된 정보를 공개할 수 있도록 승인합니다.

**서명**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **일자** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

본인은 이로써 [AGENCY NAME]에 모든 혜택의 직접적인 지급을 할당 및 승인합니다.

**서명** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**보험 회사 알림 사항:**

모든 수표의 수취인을 **[AGENCY NAME]**(으)로 하고 다음 주소로 발송해 주십시오.

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**연방 세금 ID 번호: [Agency Tax ID]**

문의 사항은 [Agency Billing Office](으)로 문의해 주십시오.

* 이메일: [Billing Office/Contact e-mail]
* 전화번호: [Billing Office phone number]