



请将本表发送至：  
电子邮箱：  
[claims@melodybenefits.com](mailto:claims@melodybenefits.com)  
传真：781-693-9531

## Melody 账户索赔表

### 个人信息

名字：\_\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_  
 社会安全号码：\_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ 雇主：\_\_\_\_\_  
 电话号码：(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 电子邮箱：\_\_\_\_\_

如果您的地址已变更，请在下方列出新地址

新地址：\_\_\_\_\_  
 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_

### 索赔信息

a) 交通费    b) 话费账单    c) 药剂/处方药    d) 被抚养人照护    e) 眼科/牙科照护

产生费用的人士	服务日期	服务提供方姓名	服务描述	金额

**\*\*\*不接受信用卡收据\*\*\***

### 被抚养人照护信息

如果您无法从被抚养人提供方处获得收据，请填写以下信息。

提供方名称 \_\_\_\_\_ 服务开始日期 \_\_\_\_\_ 服务结束日期 \_\_\_\_\_  
 提供方地址：\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_  
 提供方税号/社会安全号码 (SSN)：\_\_\_\_\_ 提供方签名：\_\_\_\_\_

#### 仔细阅读

上文真实准确地列报了我的符合资格的被抚养人或我在注明的日期产生的所有费用，我将不会向任何其他计划申请报销，包括健康节省账户 (Health Savings Account, HSA)。我理解，我不能在我的所得税申报表上申报任何已报销的费用。而且，对于为任何未正确索赔（根据本计划的条款）的费用而支付的金额，我可能有责任缴纳该金额的所有相关税费，包括联邦、州或城市所得税和任何相关罚款。

员工签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

可全年全天候登录我们的网站访问您的账户信息：[www.melodybenefits.com](http://www.melodybenefits.com)