



이 양식을 다음 주소로 보내주십시오.  
 이메일: [claims@melodybenefits.com](mailto:claims@melodybenefits.com)  
 팩스: 781-693-9531

## Melody 계정 청구 양식

### 개인 정보

이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_

소셜 시큐리티 번호: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ 고용주: \_\_\_\_\_

전화번호: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

주소가 변경되었을 경우 아래에 새 주소를 기재하십시오.

새 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

### 청구 정보

a) 교통비    b) 통화료    c) 약국/처방약    d) 부양가족 의료    e) 안과/치과 의료

경비 지출 대상자	서비스 날짜	서비스 제공자 이름	서비스 설명	금액

\*\*\* 신용카드 영수증 사용 불가\*\*\*

### 부양가족 의료 정보

해당 부양가족 의료 제공자에게 영수증 양식이 없으면 다음 정보를 기재하십시오.

제공자 이름 \_\_\_\_\_ 서비스 시작일 \_\_\_\_\_ 서비스 종료일 \_\_\_\_\_

제공자 주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

제공자 납세 ID/SSN: \_\_\_\_\_ 제공자 서명: \_\_\_\_\_

#### 신중히 읽어주세요

상기 내용은 명시된 날짜를 기준으로 적격 부양가족이나 본인에게 발생하는 모든 비용에 대한 진실하고 정확한 진술이며, 본인은 건강 저축 계좌(Health Savings Account, HSA) 등 다른 플랜으로부터 어떤 변제도 요구하지 않겠습니다. 본인은 본인의 소득세 반환에 대해 어떤 변제도 청구할 수 없고, 연방, 주 또는 시 소득세 및 이 플랜의 조항에 따라 부적절하게 청구된 경비로 지불한 금액에 대한 모든 관련 벌금에 대해 납부할 의무가 있음을 이해하였습니다.

직원 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

해당 계정 정보는 당국 웹 사이트에서 상시(24/7) 액세스할 수 있습니다. [www.melodybenefits.com](http://www.melodybenefits.com)