



Medicare

联邦醫療保險就業資訊請求

使用此表格來出示基於當前就業情況的團體健康計劃承保證明，以便您可以加入聯邦醫療保險。您填寫此表格的 A 部分，然後要求您的雇主填寫 B 部分。

要透過特殊投保期投保聯邦醫療保險，您必須自您有資格參加聯邦醫療保險 B 部分的第一個月起就通過您或您配偶的當前工作獲得團體健康計劃保險。您的承保結束時間不得超過 8 個月。

如果您因殘疾而有資格享受聯邦醫療保險，則您必須根據您、您的配偶或家庭成員當前的工作情況購買大型團體健康計劃保險。

透過郵寄或傳真提交您的表格

將填妥的表格連同您的聯邦醫療保險加入申請表 (CMS-40B) 郵寄或傳真至您當地的社會安全辦公室。請訪問 [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator) 尋找您附近的辦公室。

獲得填寫此表格的協助

- **電話：**聯絡社會安全局請致電 1-800-772-1213。TTY 用戶請致電 1-800-325-0778。
- **En Español:** Llame a SSA gratis al 1-800-772-1213 y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **親自：**訪問您當地的社會安全辦公室尋求面對面的協助。請訪問 [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator) 尋找您附近的辦公室。
- **州健康保險援助計劃 (SHIP)：**訪問 shiphelp.org，從當地 SHIP 獲得免費、個人化且公正的健康保險諮詢。

取得另一種格式的信息

您有權利以可訪問的格式獲取 Medicare 信息，例如大字體、點字或音訊。如果您認為自己受到歧視，您也有權利提出申訴。請訪問 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以了解更多資訊。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

隱私權法聲明：社會安全有權根據經修訂的《社會安全法》第 1836、1840 和 1872 條 (42 U.S.C. 1395o、1395s 和 1395ii) 收集您的信息，以供您參加聯邦醫療保險 B 部分。社會安全和醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 需要您的資訊來確定您是否有權享受 B 部分。雖然您不必提供您的信息，但未能提供此表格中要求的全部或部分資訊可能會延遲您的註冊申請。社會安全和 CMS 將使用您的資訊為您註冊 B 部分。您的資訊也可能用於管理社會安全或 CMS 計劃或與社會安全或 CMS 協調的其他計劃，以：1) 確定您獲得社會安全福利和/或聯邦醫療保險的權利。2) 遵守要求社會安全和 CMS 記錄的聯邦法律 (例如政府問責辦公室和退伍軍人管理局)。3) 協助進行必要的研究和審計活動，以保護誠信並改善社會安全和 CMS 計劃 (例如人口普查局以及社會安全和 CMS 承包商)。我們可能會根據 1988 年《電腦配對和隱私保護法》(P.L. 100-503) 使用電腦配對來幫助管理社會安全和 CMS 計劃來驗證您的資訊。

文書工作減少法：根據 1995 年《文書工作減少法》，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制編號。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是 0938-0787。完成此資訊所需的時間估計為每次回應平均 15 分鐘，包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。如果您對時間估計的準確性有任何意見或改進此表格的建議，請寫信至：CMS，收件人：PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。重要提示：請勿將此表格或任何包含您個人資訊的項目

聯邦醫療保險就業資訊請求

您填寫此表格的 A 部分，然後要求您的雇主填寫 B 部分。

A 部分：由參加聯邦醫療保險 B 部分（醫療保險）的人員填寫

申請人姓名	申請人的社會安全號碼 (SSN) [][][] - [][] - [][][][]
員工姓名（如果與申請人不同）	員工的 SSN（如果不同） [][][] - [][] - [][][][]
雇主名稱	
雇主地址	

城市	州 [][]	郵遞區號 [][][][][]
----	-------------	-------------------------

B 部分：由雇主填寫

僅適用於雇主團體健康計劃：

申請人是否（或曾經）參加了雇主團體健康計劃？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請提供申請人承保開始的日期（月月/年年年年）： [][]/[][][][]

承保結束了嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請給出申請人承保結束的日期（月月/年年年年）： [][]/[][][][]

該員工何時在貴公司工作？
從（月月/年年）： [][]/[][][][] 至（月月/年年）： [][]/[][][][] 還在這裡工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果您是大型團體健康計劃並且申請人是殘疾人，請列出您的團體健康計劃作為主要付款人的所有月份。
從（月月/年年）： [][]/[][][][] 至（月月/年年）： [][]/[][][][]

僅適用於工時銀行安排（Hours Bank Arrangement）：

申請人是否（或曾經）受到工時銀行安排的保護？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，申請人還有預留的時間剩餘嗎？ ☐ 是 ☐ 否

預留時間結束或將使用的日期？（月月/年年年年） [][]/[][][][]

全部雇主：

公司負責人簽名	簽署日期（月月/日日/年年年年） [][]/[][]/[][][][]
公司負責人職稱	電話號碼 ([][][]) [][][] - [][][][]

透過郵寄或傳真提交您的表格

將填好的表格連同您的聯邦醫療保險加入申請表（CMS-40B）郵寄或傳真至您當地的社會安全辦公室。請訪問 [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator) 尋找您附近的辦公室。