



請求披露說明

針對由Blue Shield of California對您受保護的健康資訊(PHI)進行的某些披露，請使用此表格請求披露說明。最長披露說明期間是您提出請求之日之前的六年。就以下情況或向以下人士所披露的您的PHI，Blue Shield of California無需作出說明：

- 因治療、付款或醫療保健運作的目的；
- 向您、您的個人代表或根據您的授權；
- 涉及您的醫療保健或支付您的醫療保健費用的人員；
- 出於國家安全或情報目的；
- 出於特定目的提供給執法機關或懲教機構；
- 以其他方式允許或要求附帶使用或披露您的PHI。

請求PHI保密通訊的個人：

姓名：

投保人識別號碼：

地址：

電話號碼

出生日期：

我請求針對以下期間進行的披露作出說明：

開始日期：_____ 結束日期：_____

如果您只是尋求對特定類型的披露或向特定人士或組織提供的披露提供說明，請說明：

個人、未成年子女的父母或個人代理人的簽名：

簽名

日期

如果此表格是由個人或未成年子女的父母以外的其他人簽署，例如個人/法定代表或監護人，您必須提交文件，證明您有權代表此位人士就其醫療保健/PHI行事，例如有效的HIPAA授權、醫療保健委託授權書或監護權文件。另請提供以下資訊：

代表人的姓名、地址以及與提出此請求的人士的關係（正楷書寫）：

請將填妥並簽名的請求寄回至：

Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504_13-CT_144D 07052013

S2468_13-CT_144D 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A55568XLB-CT_0923