



BOILERMAKERS 국민 건강 복지 계획(캐나다) 아일랜드 용접 기술자 건강 관리 지출 계정 청구 양식

1. 회원 이름 _____ 생년월일 _____ / _____ / _____ 일/월/년

2. 주소 _____

3. 배우자 또는 부양자에 대한 청구를 제기할 경우 다음 정보를 제공하십시오.

배우자/부양자 이름(성명)	배우자/부양자 생년월일	회원과의 관계
_____	_____ / _____ / _____ 일 / 월 / 년	_____
_____	_____ / _____ / _____ 일 / 월 / 년	_____
_____	_____ / _____ / _____ 일 / 월 / 년	_____
_____	_____ / _____ / _____ 일 / 월 / 년	_____

4. 모든 회원 및 부양자 비용은 이곳에 기재해야 합니다. 접수증을 첨부하십시오.

회원 청구			배우자/부양자 청구			
접수 날짜(일/월/년)	비용 설명(즉 약물/시력 치료/치과 등)	요금	접수 날짜(일/월/년)	배우자/부양자 이름	비용 설명(즉 약물/시력 치료/치과 등)	요금
합계			합계			

본인은 본 양식에 기재된 정보가 본인이 아는 범위에서 최대한 진실하고 완전하다는 것을 증명합니다.

회원 서명 _____ 날짜 _____

해당 지불액을 본인의 캐나다 은행 계좌에 직접 입금하기를 원하시면 건강 급여 - 계좌 입금 및 온라인 통지 요청서를 작성해 주십시오. 이 양식은 해당 웹 사이트(www.boilermakersbenefits.ca)에서 사용할 수 있습니다.

다음 기관에 청구 양식을 작성하고 접수증을 제출한 회원: **Boilermakers' National Benefit Funds (Canada)**
Administration Office
45 McIntosh Drive
Markham, Ontario, L3R 8C7
또는 이메일: dental@boilermakersbenefits.ca