



Medicare

직장용 Medicare 신청 정보

이 양식을 사용하여 현 직장을 근거로 하여 단체의료보험 보장 증빙을 입증해 Medicare에 가입할 수 있습니다. 신청자는 섹션 A를 작성하고, 고용주는 섹션 B를 작성합니다.

특별 가입기간을 통해 Medicare에 가입하려면, Medicare 파트 B에 가입 자격이 있던 첫 달부터 귀하 또는 배우자의 현 직장을 통해 단체의료보험 보장을 받고 있어야 합니다. 귀하의 보장이 종료된 지 8개월이 지나지 않아야 합니다.

장애로 인해 Medicare 가입 자격이 되는 경우 귀하, 배우자 또는 가족 구성원의 현 직장을 바탕으로 대규모 단체의료보험 보장을 받아야 합니다.

우편 또는 팩스로 양식 제출

작성된 양식을 Medicare 가입신청서(CMS-40B)와 함께 우편 또는 팩스로

지역 사회보장국(Social Security)으로 제출해 주십시오. 가까운 사무국 위치 확인: [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator)

양식 관련 지원 요청

- **전화:** 사회보장국에 1-800-772-1213으로 문의. TTY 사용자는 1-800-325-0778 이용.
- **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.
- **방문:** 대면 지원은 지역 사회보장국 방문. 가까운 사무국 위치 확인: [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).
- **주립건강보험지원프로그램(SHIP):** 지역 SHIP에서 무료 맞춤형 공평 건강보험 상담을 받으려면 [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) 방문.

다른 형식의 정보 수령

신청인은 대형 활자체, 점자, 오디오 등과 같은 장애인 편의용 형식으로 Medicare 정보를 얻을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 느끼는 경우 이의를 신청할 권리가 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

개인정보보호법 성명: 사회보장국은 Medicare 파트 B 가입을 위해 개정된 바와 같이(42 U.S.C. 1395o, 1395s 및 1395ii) 사회보장법(Social Security Act) 제1836조, 제1840조, 제1872조에 따라 귀하의 정보를 수집할 권한이 있습니다. 사회보장국과 Medicare & Medicaid 서비스센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)는 귀하가 파트 B 가입 대상자인지를 확인하기 위해 귀하의 정보가 필요합니다. 귀하가 정보를 제공할 의무는 없지만 이 양식에 요청된 정보의 전부 또는 일부를 제공하지 않으면 가입 신청이 지연될 수 있습니다. 사회보장국과 CMS는 파트 B에 귀하를 가입시키기 위해 귀하의 정보를 사용할 것입니다. 귀하의 정보는 또한 다음을 목적으로 사회보장국 또는 CMS 프로그램 또는 사회보장국 또는 CMS와 조율하는 다른 프로그램을 관리하는 데 사용될 수 있습니다: 1) 사회보장 혜택 및/또는 Medicare 보장에 대한 귀하의 권리 결정. 2) 사회보장국 및 CMS 기록을 요구하는 연방법 준수(미 회계감사원(Government Accountability Office) 및 재향군인회(Veterans Administration) 등). 3) 완전성을 보호하고 사회보장국 및 CMS 프로그램을 개선하는 데 필요한 조사 및 감사 활동 지원(인구조사국(Bureau of the Census) 및 사회보장국 및 CMS 계약업체들 등). 당국은 컴퓨터정보 결합 및 프라이버시보호법(Computer Matching and Privacy Protection Act, 1988)(P.L. 100-503)에 따라 사회보장국 및 CMS 프로그램을 관리하는 데 도움이 되는 컴퓨터정보 결합을 사용하여 귀하의 정보를 확인할 수 있습니다.

정부문서감축법: 정부문서감축법(Paperwork Reduction Act, 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제 번호가 표시된 경우를 제외하고 누구도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효 OMB 통제 번호는 0938-0787입니다. 이 정보를 작성하는 데 필요한 시간은 지시사항 검토, 기존 데이터 자원 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 15분으로 추산됩니다. 예상 시기의 정확성에 대해 의견이 있거나 이 양식의 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우, 다음으로 서신을 보내주십시오: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. 중요: 이 양식이나 귀하의 개인정보가 포함된 모든 항목 (청구액, 지불액, 의료 기록 등)을 PRA 보고서 허가국(PRA Reports Clearance Office)으로 제출하지 마십시오. 접수된 항목들 중 본 양식이나 징수 부담(OMB 0939-0251에 명시됨)을 개선하는 방법에 대한 내용이 아닌 항목은 모두 파기됩니다. 이는 보관 또는 검토되지 않으며, 사회보장국이나 다른 기관에 이관되지 않습니다.

직장용 Medicare 신청 정보

신청자는 섹션 A를 작성하고, 고용주는 섹션 B를 작성합니다.

섹션 A: Medicare 파트 B(의료 보험)에 가입하는 신청인이 작성

신청인 성명	신청인 사회보장번호(SSN) <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
고용인 성명(신청인과 다른 경우)	고용인 SSN(다른 경우) <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
고용주 성명	
고용주 주소	

시	주	우편번호
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

섹션 B: 고용주 작성

고용주 단체의료보험만 해당:

신청인은 고용주 단체의료보험에 가입되어 있습니까(또는 가입되어 있었습니까)? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 신청인의 보장 시작일 기재(mm/yyyy):

보장이 종료되었습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 신청인의 보장 종료일 기재(mm/yyyy):

고용인이 귀사에서 근무한 시기는 언제였습니까?

시작(mm/yy): 종료(mm/yy): 현재 근무 중? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하가 대규모 단체의료보험에 가입되어 있고 신청인이 장애인인 경우, 해당 단체의료보험이 주요 지급인이었던 모든 월 기재.

시작(mm/yy): 종료(mm/yy):

시간적립 근무합의인 경우만 해당:

신청인은 시간적립 근무합의(Hours Bank Arrangement)에 따라 보장을 받고 있습니까(또는 받았습니까)? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 신청인은 적립된 시간이 남아있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

적립 시간 종료일 또는 사용 예정일? (mm/yyyy)

모든 고용주:

회사 임원 서명	서명일(mm/dd/yyyy) <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
회사 임원 직위	전화번호 (<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>) <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

우편 또는 팩스로 양식 제출

작성된 양식을 Medicare 가입신청서(CMS-40B)와 함께 우편 또는 팩스로 지역 사회보장국(Social Security)으로 제출해 주십시오. 가까운 사무국 위치 확인: [SSA.gov/locator](https://ssa.gov/locator)