



**Hackensack
Meridian Health**

Today's Date (오늘 날짜): _____

**Covid-19 Vaccination Request Form
(Covid -19 백신 신청서)**

Full Legal Name (As shown on legal Identification) 이름을 적어주세요 (신분증 상의 이름)	Last Name, First Name, Middle Initial (성, 이름 순으로 적어주세요)	
Date of Birth & Gender (생년월일과 성별)	Month, Date, Year of Birth (월/일/년)	Gender (본인 성별에 표해주세요) Male (남) or Female (여)
Full Address (주택 주소)	Street Address, City, State, Zip Code	
Phone Number(s) (전화번호)	Home (주택):	Cell (핸드폰):
Email Address (이메일 주소)	Personal Email Address (이메일 주소를 입력해 주세요)	
Primary Insurance Name and Member ID # (의료 보험사 이름과 보험 번호)	Insurance Name (보험사 이름)	Member ID Number (보험 번호)
Primary Insurance Subscriber Information (의료보험 주 가입자 이름 및 생년월일)	Subscriber Name	Subscriber Date of Birth
Secondary Insurance Name and Member ID # (두번째 보험이 있는 경우 적어 주세요)	Insurance Name	Member ID Number
Secondary Insurance Subscriber Information (두번째 의료보험이 있는 경우 가입자의 정보를 기재해 주세요)	Subscriber Name	Subscriber Date of Birth

If you are enrolled with a Medicare Advantage Plan

Please provide your Traditional Medicare information instead (Red, White & Blue Medicare Card)

****Please print and complete the form legibly****

Medicare Advantage Plan (메디케어 어드밴티지 플랜)에 가입 한 경우 *

기존 Medicare (메디케어) 정보를 제공해주세요 (레드, 화이트, 블루 메디 케어 카드)

읽을 수 있도록 정확히 작성해주세요