

Centers for Medicare & Medicaid Services
c/o Survey Processing
[INSERT VENDOR ADDRESS]



2026 年 2 月 25 日

«LNAME» «FNAME», 您好：

這封信邀請您參加一項關於您對聯邦醫療保險（Medicare）藥物計劃之體驗的重要調查。
您會在幾天內收到填寫問卷調查的邀請。

我們希望您可以在收到郵件後，與我們分享您的意見並完成問卷調查。您的回答將用於改善聯邦醫療保險（Medicare）的服務，並將幫助其他擁有聯邦醫療保險（Medicare）的人選擇藥物計劃。

您亦可立即在線上完成此問卷調查，只需要在網路瀏覽器內輸入此地址：

[URL]

您將需要問卷調查代碼，請輸入：«PIN»

[OPTIONAL: 您也可使用您手機相機掃描本 QR 碼：[QR code]]

感謝您的協助。若您對本問卷有任何疑問，請來信與 Medicare 合作的問卷調查單位 [VENDOR EMAIL] 聯絡，或於 [ET/CT/PT] 週一至週五上午 XX 至下午 XX 致電免付費專線 1-XXX-XXX-XXXX。

謹此

Center for Medicare

附註：如果您想收到中文版的問卷，請於 [ET/CT/PT] 週一至週五上午 XX 至下午 XX 致電免付費專線 1-XXX-XXX-XXXX。