

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



2026 년 3 월 31 일

LNAME FNAME 님께

최근 저희는 귀하께 메디케어 의약품 보험 관련 경험을 묻는 설문조사를 보내드렸습니다. **설문조사를 반송해주셨다면 감사합니다! 귀하가 추가로 하실 것은 없습니다.**

메디케어는 귀하의 의견을 중요하게 여긴다는 것을 다시 한번 알려드립니다. 저희는 귀하가 받으신 치료에 관하여 알고자 합니다. 설문조사를 한 부 더 보내드렸습니다. 설문조사에 답변하신 후 우편 요금 선납 봉투에 넣어 반송해주시기 바랍니다.

몇 분만 내어 메디케어 의약품 보험에 관한 **의견을 주시면 좋겠습니다.** 메디케어는 귀하의 답변을 이용하여 치료를 개선하고 메디케어를 이용하는 다른 사람들이 의약품 보험을 선택하는 것을 돕습니다.

귀하의 시간이 소중하다는 것을 이해합니다만, 설문조사는 답변하는 데 몇 분밖에 걸리지 않습니다. 자발적으로 참여하실 수 있으며 귀하의 정보는 법적으로 보호됩니다.

설문조사에 관하여 질문이 있는 경우 메디케어 협력 설문조사 기관에 전화해주시요. 수신자 부담 전화 1-XXX-XXX-XXXX, 월요일~금요일 XXam - XXpm [ET/CT/PT].

감사합니다

Center for Medicare

설문조사 한국어 버전을 받으려면 월~금요일 오전 XX 시~오후 XX 시[ET/CT/PT] 사이에 1-XXX-XXX-XXXX(수신자 부담)(으)로 전화해 주십시오.