

## ニューヨーク州医療費援助申請書

保険に加入していない場合、または保険金が上限に達した場合、または健康保険に加入しているものの収入の10%を超える医療費を支払った証明がある場合は、医療費の支払いに対し、医療費援助を受けられる場合があります。本フォームに記入することにより、医療費援助の申請手続きが開始されます。本フォームはニューヨーク州のすべての病院で使用されます。

この申請書は、該当する病院で治療を受ける患者が使用する主要言語<sup>1</sup>で印刷される必要があります。

### 患者氏名(適切で完全な情報を記入してください)

患者氏名(ファーストネーム/ミドルネーム/ラストネーム)		
生年月日(mm/dd/yyyy)		
住所	アパート番号/部屋番号	
市	州	ZIPコード
連絡先電話番号		
親・保護者または法定代理人の氏名(患者が未成年者または行動不能状態の場合)		
Eメールアドレス(もしあれば)		

### 家族に関する情報:

世帯内のすべての家族構成員を以下に記入してください。世帯には、ご自身、配偶者または家庭内パートナー、そしてお子さまやその他の扶養家族が含まれます。例えば、これには同じ確定申告書に記載されている全員が含まれます。

総収入とは、税金が差し引かれる前の収入のことです。

総収入には、労働収入(賃金、給与、チップ、自営業収入)、不労所得(社会保障給付、障害給付、失業給付)、寄贈金(家族や友人からの資金)、その他の収入源(一時扶助および補足的社会保障所得)が含まれます。

フルネーム	申請者との関係	総収入の合計金額(最新のもの)
	本人	

<sup>1</sup>「主要言語」には、米国国勢調査局(United States Bureau of the Census)から入手可能な人口統計情報と学校組織のデータに基づいて算出された、年間の診察の少なくとも5%の患者によりコミュニケーションに使用されている言語、または主要な病院がサービスを提供する地域の人口の1%以上が使用する言語が含まれます。


病院から収入証明として書類の提出を求められる場合があります。書類の例としては、給与明細書、該当する場合は雇用主からのレター、Form 1040などが挙げられます。

### 健康保険の加入状況

Medicaid、Medicare、雇用主を通して加入した民間の保険、またはご自身で加入した保険など、何らかの健康保険に加入していますか？  はい  いいえ

「いいえ」に回答した方は、これらのプログラムへの申請についてサポートが必要ですか？

はい  いいえ

**保険額が不足している患者：保険に加入しているものの医療費が高額な方。** 保険に加入されている場合は、過去12ヶ月間に支払った医療費の概算を提出してください。

\$
----

病院から、医療費の支払を証明する書類の提出を求められる場合があります。

**患者／支払責任者：**患者本人でない場合は、署名者氏名と、患者に代わって署名する権限（例えば、配偶者、親、法定代理人など）を記載してください。

私は、提出する情報が外部機関による確認の対象となる場合があることを理解しています。私の知る限りにおいて、この情報は真実かつ完全であることを証明します。

氏名（活字体）	日付
患者との関係	
署名	

# 最低限の資格およびガイドライン

## 申請期間、患者の権利、および守秘義務

- 医療費援助は、徴収手続きのどの段階においても申請することができます。
- 医療費援助の申請に対する決定が出るまで、この病院への支払いは不要です。申請に対する決定が行われるまで、病院は患者の方への請求を債権回収に送ることはできません。
- 医療費援助が却下された場合、あなたには異議申立てを行う権利があります。異議申立ての手続き方法については、病院から送られる通知に記載されています。医療費援助の金額について異議申立てを行うことができる場合があります。病院は、決定通知書に異議申立ての方法に関する情報を記載します。
- 病院は、最初の請求書発行後少なくとも180日間は、未払いの請求書を債権回収機関に送付することはできません。
- 病院は、連邦政府が規定する貧困水準の400%を下回る患者の未払い医療費を回収するために、訴訟を含む法的措置を取ることが禁じられています。貧困ガイドラインはこちらをご覧ください：  
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- この申請書に記入された情報は、病院が医療費援助の受給資格を判断するためにのみ使用され、法律で認められる範囲で機密情報として保持されます。
- 病院は、未払いの医療費があるという理由で医療上必要なサービスの提供を拒否することはできません。
- この申請に関して支援が必要な場合は、NYU Langone Health の医療費援助オフィス 888-279-1364 までご連絡ください。
- この申請に関してさらなるサポートが必要な場合、または決定に対する異議申立てについてサポートが必要な場合は、Community Health Advocatesまで、次の電話番号にご連絡ください。888-614-5400

## 受給資格

病院が、以下に定める所得水準を超える患者に対して支払い割引の適用資格を認定することや、対象となる患者に対して公衆衛生法で義務付けられている以上の支払い割引を提供することを制限するものではありません。また移民のステータスは、経済的支援を決定する際の資格要件とはなりません。

以下の個人が対象となります。

- 健康保険に加入していない低所得者
- 保険内容が不十分である個人（過去12ヶ月間の自己負担医療費が、当該個人の年間総所得の10%を超えている）
- 健康保険の給付金額すべてが使われており、全額支払いが不可能であることを証明できる方
- 病院の裁量により、自己負担額や自己負担限度額の支払いが不可能であることを証明できる方は、これらの減額または割引を申請することができます。

連邦貧困水準の400%までの個人は、医療費援助を受けることができます。

連邦貧困水準(2026年)			
世帯の人数	200%	300%	400%
単身	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2人	\$43,280	\$64,920	\$86,560
3人	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4人	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5人	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6人	\$88,720	\$133,880	\$177,440
7人	\$100,080	\$150,120	\$200,160

毎年更新：<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### 最低割引率

医療費援助の受給資格がある場合、金額は所得に応じて次のように変動します。

所得水準	援助額
連邦貧困水準の200%未満	すべての医療費を免除
連邦貧困水準の200%以上～300%まで	<p>保険非加入の患者：Medicaidによる医療サービス提供額の最大10%を上限とするスライド制。</p> <p>保険額が不足している患者：当該患者の保険自己負担額の最大10%を上限とする。</p>
連邦貧困水準の301%以上～400%まで	<p>保険非加入の患者：Medicaidによる医療サービス提供額の最大20%を上限とするスライド制。</p> <p>保険額が不足している患者：当該患者の保険自己負担額の最大20%が上限となります。</p>

病院は、対象となる患者に対してより大きな割引を提供したり、高所得の患者に対して支払い割引を提供したりする場合があります。

### 分割払い

減額された料金を一括で支払うことができない患者の方は分割払いプランを利用することができます。月々の支払額は月々の総収入の5%を超えず、また、未払い残高に対して患者の方に請求される利子（ある場合）は2%を超えないものとします。

## 世帯収入証明の請求

患者本人、配偶者、扶養家族(子供など)の収入情報を記入してください。例えば、同じ納税申告書に記載されている全員(納税者、配偶者、扶養家族)を世帯収入の計算に含めます。

以下は、収入を証明するために使用できる書類のリストです。これらの書類をすべて提出する必要はありません。収入がない場合、世帯収入がないことを証明する書類を提出することができます。

NY State of Healthマーケットプレイスの「資格判定ページ」を提出することもできます。この書類を持っている場合は、以下に記載されているその他の収入情報を病院に提出する必要はありません。

世帯が以下を受け取った場合:	月額:	申請者が提出するもの:
賃金	\$	給与明細、または会社名入りのレターヘッドで署名・日付が入った雇用主からのレター、もしくは最新の所得税申告書を1部提出してください。
ソーシャルセキュリティ給付金	\$	受給通知書／証明書、米国ソーシャルセキュリティ局(Social Security Administration)からの連絡、または年次給付通知書のコピー。ソーシャルセキュリティ給付通知書のコピーを希望する場合、1-800-772-1213 まで電話で連絡するか、またはwww.ssa.gov をご覧ください。
失業手当	\$	ニューヨーク州労働局(NYS Department of Labor)からの受給通知書／証明書、または毎月の給付明細書のコピー、ディレクトペイメントカードのコピー(印刷したもの)、ニューヨーク州労働局からの連絡、またはニューヨーク州労働局のウェブサイト www.labor.state.ny.us に掲載されている受給者口座情報を印刷したもの。
障害者給付金	\$	受給通知書／証明書、またはソーシャルセキュリティ局からの連絡、もしくは年次給付通知書のコピー。給付通知書のコピーを希望する場合、1-800-772-1213 まで電話で連絡するか、www.ssa.gov をご覧ください。
労働災害補償	\$	受給通知書または小切手控えのコピー。
扶養手当／養育費	\$	裁判所命令のコピー、または現金化された小切手／領収書3か月分。
配当金／金利	\$	四半期配当明細書または1か月分の明細書。
その他	\$	賃貸収入、臨時収入など、賃金以外の収入額(ある場合)を記載した通知書。
無収入	\$0	無収入であることを表明する署名入りの声明書。