

経済的支援申請書

サービスを受けた日： _____ 病院名： _____ アカウント番号： _____

患者または申請者名： _____

住所： _____ 市： _____ 州： _____

郵便番号： _____ 自宅電話番号： _____ 携帯電話番号： _____

患者の社会保障番号： _____ 婚姻区分： _____

経済的支援の検討のため、必ず以下の質問にお答えください

1. 病院のサービスを受けた時、オハイオ州の居住者でしたか？ はい _____ いいえ _____
a) 「いいえ」の場合、どの州に住んでいましたか？ _____
2. メディケイドまたは他のカウンティの支援を申し込んだことはありますか？ はい _____ いいえ _____
a) 「はい」の場合、申し込んだ日付はいつですか？ _____
b) 「はい」の場合、オハイオ州以外の州のメディケイドに申し込みましたか？ はい _____ いいえ _____
c) 「はい」の場合、どの州で補償の申し込みをしましたか？ _____
3. サービスを受けた日に健康保険に加入していましたか？ 保険名 _____ ID 番号 _____
a) 「はい」の場合、（且つ保険請求を未だ行っていない場合）、保険証のコピーをこの申請書と共に送ってください。
4. 医療保険取引所（Health Insurance Exchange）を通じて保険に申し込みましたか？ はい _____ いいえ _____
a) 「はい」の場合、保険名を記入してください _____ ID 番号 _____
5. サービスを受けた日は自動車事故に関係していますか？ はい _____ いいえ _____
a) 「はい」の場合、保険金の請求をしましたか？ 保険金請求番号： _____ 保険名： _____
6. ヘルスセービングアカウント（HSA）をお持ちですか？ はい _____ いいえ _____
a) 「はい」の場合、現在の残高がわかる書類のコピーを送ってください。
7. 同居している方のどなたかが以下の資産をお持ちかどうか、お答えください。
a) お住まいは持ち家ですか、それとも賃貸ですか？ 持ち家 _____ 賃貸 _____
b) 当座預金/普通預金： はい _____ いいえ _____ 「はい」の場合、総額を記入してください \$ _____
c) その他の資産 [CD（譲渡性預金）、株式、債券、マネー・マーケット・アカウントなど]： はい _____ いいえ _____
d) 「はい」の場合、総額を記入してください \$ _____

以下に、世帯全員についてご記入ください。記入欄が足りない場合は、裏面に記入してください。

氏名	患者との続柄	年齢	サービスを受けた日以前3カ月間の合計所得金額	サービスを受けた日以前12カ月間の合計所得金額	収入源 雇用者名 (大学生の場合は明記)
	本人				

3カ月または12カ月間の所得を証明できるものを、この申請書と共に送ってください：

所得は税引き前の合計収入金額とみなされ、次のような収入を含みますが、これらに限定されるものではありません：・賃金または給与（3カ月の給与明細書を送付）・失業手当・扶養手当・退役軍人手当・社会保障給付金（控除前）または給付金通知・児童手当・年金または退職金・401K・労災給付金通知・一時金・OWF支援金・年金保険・現金収入・自営業による収入・雑役・連邦所得税申告・その他の所得・所得がないことを報告する場合、経済的支援の検討の対象となるためには、以下の支援報告に記入する必要があります。当座/普通預金（またはその他の資産）の証明書が求められる場合があります。食料配給券は所得とはみなされませんが、以下の「支援報告」の欄に記入してください

報告すべき所得がない場合、どのような支援を受けていますか？ _____

認定：私はこの書面に署名することにより、この申請書に記載の回答が真実であることを認めます。個人の経済的支援申請書の見直しが行われた結果、個人により提供された情報が不正または詐欺であることが明らかになった場合、経済的支援を提供するという決定は無効となり、責任ある当事者に請求されます。私が提出する情報は、信用調査機関を含め、私がかかった病院による検証が必要であり、必要に応じ、連邦および州当局およびその他に機関により見直しがなされることを理解しています。

患者の署名： _____ 日付： _____

申請者または代理人の署名： _____ 関係： _____ 日付： _____
(患者本人でない場合)

記入済みの申請書と書類は以下へ郵送してください：
MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400
4605 DUKE DRIVE
MASON, OH 45040

最終改訂日：2016年7月