

経済的支援を申請する方法

申請方法

すべての病院は、特定要件を満たす患者さまやご家族に経済的支援を提供することが法律により義務付けられています。医療保険に加入していても、世帯の規模や収入によっては、医療を無料で受けられたり、特定のサービスが割引になったりする可能性があります。経済的支援ポリシーの詳細は、ohsu.edu/financial-assistanceをご覧ください。

経済的支援の対象となるもの

- すべてのサービスが支援の対象となるわけではありません。申請する前に、ご利用のサービスが支援対象に該当するか確認してください。OHSUの支援の対象外のサービスの一覧は、ohsu.edu/financial-assistanceに掲載されている経済的支援ポリシーをご覧ください。
- 経済的支援が承認された場合でも、サービスが受けられる保証はありません。
- Medicaidやその他のプログラムの対象条件を満たしている場合は、受給の申請をすることをお勧めします。Medicaidや他のプログラムの方が、補助が充実している可能性があります。

申請書の記入手順



- ① あなたとご家族の情報を記入します。
 - 社会保障番号の提示は必要ありません。
 - 世帯とは、独身者、婚姻関係の2人暮らし、登録ドメスティックパートナー（あなたの扶養家族か否かに関わらず）、ならびにその扶養家族を含みます。
18歳未満の未成年は扶養家族であるのが一般的です。世帯の例：
 - 法律上の婚姻関係（またはドメスティックパートナー関係）にある同居者、および18歳未満の被扶養者の未成年、ならびに同居していない被扶養者。
 - 患者さまが未成年の場合、両者間に1人以上の子供がいる事実婚のカップル。
 - スポンサー付き非市民、そのスポンサー、およびスポンサーの家族。
- ② あなたの世帯総収入（税引き・控除前の総収入）の情報を記入します。
- ③ Medicaidプログラムの対象となるかを判断するため、資産を申告し証明を提示します。
- ④ 必要なその他の情報をすべて添付してください。
- ⑤ 経済的支援申請書に署名し、日付を記入します。

申請書の記入に関してサポートが必要な場合は、503-494-8551までお電話ください。
営業時間は月曜日～金曜日の9 a.m～4:30 p.mです。

申請書に添付する書類



あなたに該当するすべての必要書類の**最新のコピー**をお送りください。
提出していただいた書類の原本は**お返しできません**。

- ☐ **居住証明書**。次のいずれか**1つ**を提出してください：あなた宛ての公共料金の請求書、賃貸契約書、ご自宅の住宅ローンの明細書、運転免許証/身分証明書のコピー。追加の居住証明書の提出をお願いする場合があります。あなたは、アメリカの居住者であり、国外に転出する予定がないことが必須条件となります。
- ☐ 過去3暦月の**給与明細書**。給与明細書がない場合は、過去3暦月のあなたの総収入を記載した、あなたの雇用主による証明書をお送りください。収入は、勤務した月ではなく、給与の支払いを受けた月（給料日）に計上されます。
- ☐ **Schedule**も含めた最も近年の**所得税申告書**（自営業収入の場合はSchedule C、など）。
- ☐ **ソーシャルセキュリティ、退役軍人年金、年金の受給通知書**、または同等の文書。
- ☐ **State Employment Division**による、申告に対する決定。
- ☐ **養育費**および/または**配偶者扶養料明細書**。
- ☐ 過去3暦月の**自営業収入計算書**または**損益計算書**。
- ☐ 申請書に記載された**その他の収入源**（利子や配当、その他の定期的な収入源を含む）の証明書。
- ☐ **銀行または信用組合の当座預金（チェックング）口座および貯蓄預金（セービング）口座取引明細書**。
- ☐ **現金預金（CD）、株式、債券、その他の投資口座の取引明細書**。

申請書の提出



- 経済的支援が適用されるかどうかは、完全な申請書と必要書類の受領から**3週間**以内にお知らせします。
- 申請の審査中は、請求書が引き続き送付されます。

郵送先：

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-3098
ファックス：503-418-2377
メール：sfr@ohsu.edu

手渡しを希望される場合：

503-494-8551までお電話のうえ、最寄りの拠点をお問い合わせください。

経済的支援申請書

必要な情報をすべて記入してください。該当しない欄には「NA」と入力してください。必要な場合は追加のページを添付してください。

審査情報

通訳が必要ですか？ ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合はご希望の言語をご記入ください：

患者さまはMedicaidを申請しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

患者さまはTANF、Basic Food、WICなどの州の公共サービスを受けていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

患者さまは現在ホームレスですか？ ☐ はい ☐ いいえ

患者さまが受ける医療は交通事故や労働災害に関連したものですか？ ☐ はい ☐ いいえ

患者さまはどの施設での経済的支援をご希望ですか？ ☐ Hillsboro Medical Center ☐ OHSU

注意点：

- 申請を行った場合でも、経済的支援の対象となる保証はありません。
- 申請書の提出後にも、OHSUがすべての情報を検証した上で、追加の情報や収入証明を求める場合があります。
- 完全な申請書と必要書類の受領後21暦日以内に、支援の適用対象になるかの審査結果をお知らせします。

患者さまおよび申請者の情報

名（ファーストネーム）	ミドルネーム	姓（ラストネーム）
☐ 男性 ☐ 女性 ☐ その他（具体的に記入_____）	生年月日	患者さまの社会保障番号（任意）
請求に対する支払い責任者	患者さま本人との続柄	生年月日
郵送先住所（自宅と異なる場合など実際の住所も含む） _____ _____ 市 _____ 州 _____ Zipコード _____		社会保障番号（任意）
主要電話番号 () _____ () _____ メールアドレス： _____		
請求に対する支払い責任者の雇用状況 ☐ 就業中（採用日：_____） ☐ 無職（無職の期間：_____） ☐ 自営業 ☐ 学生 ☐ 障害者 ☐ 退職 ☐ その他（_____）		

ご家族の情報

ご自身を含め、あなたが扶養する世帯員/ご家族の各人を記載してください。世帯の定義や例に関する説明をご参照ください。

世帯人数 _____

必要な場合は追加のページを添付してください

氏名	生年月日	患者さま本人との続柄	雇用主の名称または収入源	月間総収入（税引き前）	経済的支援を申請していますか？
					はい/いいえ
					はい/いいえ
					はい/いいえ
					はい/いいえ

成人の世帯員全員の勤労所得および不労所得を明記する必要があります。18歳未満の世帯員の不労所得を記入してください。収入源には次のような例が含まれます。

- 賃金 - 失業給付金 - 自営業収入 - 労災補償 - 障害給付金 - SSI - 養育費/配偶者扶養料
- ワークスタディプログラム（学生） - 年金 - 退職口座からの引き出し
- その他（具体的に説明してください） _____

収入情報

注意：申請書に収入証明を添付する必要があります。

ご家族の収入に関する情報を記入する必要があります。経済的支援の審査のために、収入の証明が必要です。
世帯員全員の収入を開示する必要があります。挙げられたすべての収入源の証明書を提出してください。表紙に記載されている収入要件の一覧を参照してください。収入証明書の例には次が含まれます。

- 最近の給与明細書（3か月分）
- 該当する場合は、昨年度の所得税申告書（Scheduleを含む）
- 雇用主や他者が書面で作成し署名した証明書
- Medicaidおよび/または州による医療扶助の承認/却下通知
- 失業給付金の承認/却下通知
- 金融機関の明細書

収入がない場合は、説明を記載した追加ページを添付してください。

支出情報

任意情報。あなたの経済状況をより詳しく把握するために使用場合があります。

月間家計支出：

家賃/住宅ローン	\$ _____	医療費	\$ _____
保険料	\$ _____	公共料金	\$ _____
その他の負債/費用	\$ _____（養育費、ローン、医薬品、その他）		

資産情報

この情報は、特定のMedicaidプログラムの対象に該当するかを判断するために使用されるものです。
経済的支援の審査には使用されません。

現在の当座預金（チェック）口座残高
\$ _____

現在の貯蓄預金（セービング）口座残高
\$ _____

ご家族が保有する他の資産はありますか？
（あてはまるものをすべてお選びください）

- | | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 株式 | ☐ 債券 | ☐ 医療貯蓄口座 | ☐ 信託 |
| ☐ 不動産（主に住んでいる自宅を除く） | | ☐ 事業所有 | |

その他の情報

あなたの現在の経済状況について、他にも提示したい情報（経済的困難、過度な医療費、季節または一時収入、個人的な損失についてなど）があれば、追加のページに記載し添付してください。

患者さまの同意

私は、経済的支援または支払いプランの適用対象となるかを判断するためにOHSU Healthが信用情報を確認して情報を検証し、その他の情報源から情報を取得することを認めます。

私は、上記の情報が私の知る限り真実であり、正確であることを表明します。私は、私が提出した財務情報に誤りがあった場合、経済的支援が却下される可能性があり、提供されたサービスに対してその費用を支払う責任を負う可能性があることを理解します。

申請者の署名 _____

日付 _____