

Kaiser Permanente 医療資金支援 (MFA) プログラム

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Chinese: 這是來自Kaiser Permanente的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電**1-800-813-2000**尋求語言協助。我們每週7天，每天24小時皆提供協助（節假日休息）。

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-813-2000** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Kaiser Permanente医療資金支援 (MFA) プログラム

Kaiser Permanenteから受けた、または受ける予定である医療サービスや薬剤処方に関して、資金援助が必要な場合は、医療資金支援 (Medical Financial Assistance, MFA) プログラムが有用です。

プログラムの仕組み

- このプログラムは、資格のある応募者の経済的ニーズに基づき、医療費の支払いを支援するため、一時的な「給付金」を提供するものです。
- 会員であるか否かに関わらず、Kaiser Permanenteをご利用のすべての患者様にご利用いただけます。
- 給付が行われる場合、本プログラムは、特定の期間にわたるKaiser Permanenteのプロバイダーからの、またはKaiser Permanente施設での、緊急治療や医療上必要な治療に適用されます。

資格を得る方法

以下の資格要件のいずれかを満たしている必要があります。

- 世帯総収入が、連邦貧困基準の300%を超えていない。
- 過去12ヶ月間の緊急治療や医療上必要な治療、歯の治療、処方薬の自己負担額が、世帯総収入の10%かそれ以上である。
 - 医療費の自己負担額には、患者負担金、共同保険金、控除免責金が含まれます。
 - 医療費の自己負担額には、月額保険料のような健康医療保険自体の支払いは含まれていません。

健康医療保険に未加入の場合、申請が必要な場合があります。

- MFAプログラムは、給付金を一時的に提供するためのものであるため、長期的に適用される保険への申請を要請する場合があります。これには、申請資格のある公的または民間の健康医療保険プログラム (Medicaidや健康医療保険市場において利用可能な補助金制度など) が含まれます。
- これらのプログラムに申し込んだことや、その申請が承認または否認された旨を示す証拠書類をご提出いただく場合があります。ただし、他のプログラムの申請結果が出るまで、MFAプログラムから資金援助を受けることができる場合があります。

2022年連邦貧困基準 (FPG) の300%		
世帯人数 が次の 場合:	世帯総収入が次で示す額を超えてはならない:	
	ひと月当たり	1年当たり
1	\$3,398	\$40,770
2	\$4,578	\$54,930
3	\$5,758	\$69,090
4	\$6,938	\$83,250
5	\$8,118	\$97,410
6	\$9,298	\$111,570

これを超える世帯人数の基準については、aspe.hhs.gov/poverty を参照してください。

質問がある場合

MFAプログラムの要件や、支払い対象となる医療サービスについての詳細は、www.kp.org/mfa/wa をご参照いただくか、**800-442-4014 (TTY 711)**までお電話ください。

医療保険の詳細は、**1-800-479-5764 (TTY 711)**へお電話でお問い合わせください。

申請方法

資格要件を満たす方は、以下の方法のいずれかで申請を行うことができます。

 オンライン	<ul style="list-style-type: none">・ オンライン www.kp.org/mfa/wa でMFA申請書をご記入ください・ 次のページのMFA申請書に記載されたすべての情報が提供できるようご準備ください。
 郵送	<ul style="list-style-type: none">・ 次のページのMFA申請書にご記入ください。・ 記入済みの申請書を次の住所宛に郵送してください。 Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 ファックス	<ul style="list-style-type: none">・ 次のページのMFA申請書をご記入ください。・ 記入済みの申請書をファックスで1-206-877-0640 までお送りください。
 直接提出	<ul style="list-style-type: none">・ 次のページのMFA申請書にご記入ください。・ 記入済みの申請書を、いずれかのKaiser Permanente施設のビジネスオフィスまたはチェックイン窓口にて直接提出してください。
 電話	<ul style="list-style-type: none">・ 月曜から金曜の午前8時から午後5時太平洋標準時刻 (Pacific Standard Time, PST) までに、1-800-442-4014 (TTY 711) にお電話ください。・ 次のページのMFA申請書に記載された情報を提供できるようご準備ください。

重要: 郵送、ファックス、または直接提出して申請を行う場合、申請書類はできる限り記入漏れのないようにしてください。一つでも記入漏れがあると、申請手続きが遅れる場合があります。

申請後の流れ

記入された申請書を審査させていただいたうえで、次の結果のいずれかをご連絡いたします。

- ・ 申請が承認され、給付金を受け取ることができます。
- ・ 申請書を完成させるため、追加の情報または文書が必要です。郵送または直接提出してください。収入証明書または自己負担額のコピーの提出をお願いすることがあります。
- ・ 申請が否認されました。決定に対して不服申し立てをすることができます。

ヘルプ

申請に関してのご質問やサポートは、月曜から金曜の午前8時から午後5時PSTまでに

1-800-442-4014 (TTY 711) までお電話ください。またいずれのKaiser Permanenteでも資金カウンセラーに相談することができます。

医療資金援助 (MFA) プログラム申請書

氏名: _____ 医療記録番号 #: _____

生年月日: ____/____/____ 連絡先電話番号 #: (____) _____ 社会保障番号(SSN): ____-____-____

住所: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

世帯人数: 同じ家に住む家族構成員の数 (ご自身を含む) を記入してください。

配偶者、資格要件を満たす同棲相手、子供、親ではないが世話をしている親

族などが含まれます。

世帯総収入 (月額): 世帯の家族構成員すべての収入を記入してください。

該当するすべての所得の種類にチェックを入れてください。

給与所得/賃金

扶養手当/養育費

事業所得/賃貸資産

退職金/年金

失業保険/障害給付金

社会保障給付金/生活保護補足給付金/
退役軍人手当

\$ _____

医療費: 過去12ヶ月間にKaiser Permanenteまたはその他の医療提供者により提供

された緊急治療や医療上必要な治療の自己負担額合計。適用対象の医療、医薬品、

歯科サービスの患者負担金、前金、共同保険金、控除免責金が含まれます。

\$ _____

プログラムを申請する世帯内の家族構成員全員を記入してください。

氏名	生年月日	続柄	医療記録番号 #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

保険未加入の場合Kaiser Permanenteがサポートいたします。 健康医療保

険に未加入の方に、選択肢を理解していただくための支援を行っています。

選択肢について、Kaiser Permanenteからの連絡を希望される場合、このボ

ックスにチェックを入れてください。

はい、連絡を希望します

私は、本申請書にある上記の情報がすべて真実、正確であり、完結されたものであることを、ここに言明します。

また私は、プログラムの対象とならない、医療品や医療サービスに関してKaiser Foundation Health Planと

Kaiser Foundation Hospitalsに支払うべき全額 (以下「残額」といいます) を支払う義務があることを承知

し同意します。

署名: _____ 日付: _____

注記: Kaiser Foundation Health PlanとKaiser Foundation Hospitalsは、MFAプログラムを含む連邦、州、民間の医療プログラムを利用する資格があるかを判断するために、消費者信用情報機関やその他の第三者情報機関からの情報を使用する権利を持つものとします。