

## 医療費助成（MFA）制度

Kaiser Permanenteから受けた、または受ける予定の医療サービスや処方箋の支払いが困難な場合、医療費助成（MFA: Medical Financial Assistance）制度を利用できる場合があります。利用を希望される場合は、申請書に世帯の所得に関する情報などの必要事項を記入のうえ提出してください。

### 制度の仕組み

- この制度では条件を満たす申請者に対し、経済的困窮度に基づいて医療費の支払いを援助する一時的な「給付」を行います。
- 加入者であるかどうかにかかわらず、Kaiser Permanenteのすべての患者が利用できる制度です。
- 受給が認められた場合、本制度によりKaiser Permanenteの医療提供者から受ける、またはKaiser Permanenteの医療機関で受ける緊急治療やその他の医療上必要な処置にかかる費用が一定期間補助されます。
- この給付はKaiser Permanenteの施設以外で提供および請求される医療サービスには適用されません。

### 受給の要件

受給資格を得るには、以下に挙げる基準のどちらか1つを満たすことが必須条件となります。

1. 世帯総所得（税金や各種控除を差し引く前の収入）が連邦貧困基準の300%以下であること。

または

2. 12か月間の緊急治療や医療上必要な処置、歯科治療、投薬にかかる医療費の自己負担額が世帯総所得の10%と同額、または10%を上回っていること。
  - 自己負担額には共同負担額、自己負担割合、定額控除額の支払いが含まれます。
  - 自己負担額には医療保険自体の支払い（月々の保険料など）は含まれません。

2024年連邦貧困基準ガイドライン（FPG）			
世帯人数	世帯月収がFPGの200%以下の場合 は100%の給付	世帯月収がFPGの201%～250%の場合 は75%の給付	世帯月収がFPGの251%～300%の場合 は50%の給付
1	\$2,510まで	\$2,511から\$3,138まで	\$3,139から\$3,765まで
2	\$3,407まで	\$3,408から\$4,258まで	\$4,259から\$5,110まで
3	\$4,303まで	\$4,304から\$5,379まで	\$5,380から\$6,455まで
4	\$5,200まで	\$5,201から\$6,500まで	\$6,501から\$7,800まで
5	\$6,097まで	\$6,098から\$7,621まで	\$7,622から\$9,145まで
6	\$6,993まで	\$6,994から\$8,742まで	\$8,743から\$10,490まで

世帯人数が上記より多い場合は[aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty)のガイドラインを参照してください。

### お問い合わせ／ご質問について





MFA制度の受給資格や支払い対象となる医療サービスの詳細については、[kp.org/mfa/wa](http://kp.org/mfa/wa)をご覧になるか、**1-800-442-4014**に電話で問い合わせるか、こちらのコードをスキャンしてください。

医療保障オプションの詳細については、**1-800-479-5764 (TTY 711)** に電話でお問い合わせください。



### 申請方法

受給資格を満たしている場合は、以下のいずれかの方法で申請してください。

 <b>オンライン</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://kp.org/mfa/wa">kp.org/mfa/wa</a>でMFAのオンライン申請書に必要な事項を入力</li> <li>• 次ページのMFA申請書に記載されているすべての情報を入力できるように準備してください。</li> </ul>
 <b>FAXで送信</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 次ページのMFA申請書に必要な事項を記入してください。</li> <li>• 必要事項を記入した申請書をFAXで<b>206-877-0640</b>に送信してください。</li> </ul>
 <b>郵送</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 次ページのMFA申請書に必要な事項を記入してください。</li> <li>• 必要事項を記入した申請書を以下の宛先に郵送してください。 Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584</li> </ul>
 <b>窓口に持参</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 次ページのMFA申請書に必要な事項を記入してください。</li> <li>• 記入済みの申請書をKaiser Permanente施設の事務所または受付デスクに直接提出してください。</li> </ul>

**重要：**申請方法がオンライン、郵送、FAX、直接持参の場合、申請書はできる限り記入漏れがないようにしてください。記入漏れがあると申請書の処理が遅れ、支援が受けられなくなる可能性があります。

### お問い合わせ方法

ご質問がある場合、申請に関するサポートが必要な場合は、月曜から金曜の午前8時～午後5時（太平洋標準時）の間に、**1-800-442-4014 (TTY 711)** までお電話ください。

## 所得を証明する書類

所得の確認は、医療費補助の適否を判断する手続きの一環として行われます。記入済みの申請書に所得を証明する書類を添付することにより、審査の過程で所得が申請どおりであることを確認できます。下の表は、世帯の収入源に応じて任意で提出する書類の一覧です。

世帯収入	収入源ごとに以下のうち1点のみ提出
事業収入／賃貸収入	直近のW-2、1099の明細書、または納税申告書
給与収入／賃金収入	直近の給与明細書 直近のW-2、1099の明細書、または納税申告書
恩給／退職金／年金の受け取り	直近の給与明細書 年金／退職金の支払明細書 直近のW-2、1099の明細書、または納税申告書
自営による所得	直近の給与明細書 直近のW-2、1099の明細書、または納税申告書
社会保障／生活保護による収入	社会保障庁からの給付証明書 社会保障給付の明細書
失業給付／就業不能手当による収入	失業給付／就業不能手当の給付証明書 直近のW-2、1099の明細書、または納税申告書
退役軍人給付金による収入	退役軍人省の給付証明書 直近のW-2、1099の明細書、または納税申告書
政府の補助（Medicaid、TANF、SNAP、WIC、低所得者向け住宅など）	受給資格の確認書
利息または配当金による収入	直近の納税申告書
扶養料／養育費の受け取り	養育費または扶養料として受け取る毎月の総収入額を確認できる書類
世帯収入なし	書面による証明／説明

## 申請後の流れ

記入済みの申請書を確認のうえ、受領後30日以内に以下のいずれかの結果をお知らせします。

- 申請が承認されると給付決定の通知書が届きます。
- 申請書類に不備があった場合は、申請手続きに必要な情報を説明する通知書をお送りします。郵送または直接提出のどちらかを選択して必要な情報を提出してください。収入証明書や自己負担額を証明する書類の写しなどが必要になる場合があります。
- 申請が承認されなかった場合は不承認の理由をお知らせする書類が届きます。その場合は当社の決定に対して異議を申し立てることができます。

**医療費助成（MFA）制度の申請**
**セクション1：患者様の情報**

氏名		診療記録番号（任意）	
生年月日	社会保障番号（任意）		<input type="checkbox"/> 社会保障番号持っていない
郵送先住所			
市町村	州	郵便番号	
患者は現在住居がない状態ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		主な連絡先の電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他
患者は州政府主体の支援制度（Supplemental Nutrition Assistance Program（SNAP）、Temporary Assistance for Needy Families（TANF）、Women, Infants & Children（WIC）、低所得者向け住宅、Medicaidなど）に加入していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

**セクション2：世帯情報**

<b>世帯人数：</b> 自宅に同居している世帯員（ご自分を含む）の人数。配偶者または婚姻関係と同様の事情にあると認められる人、子ども、親以外の世話人、親戚なども含みます。	_____
<b>世帯収入（月収）：</b> 19歳以上の世帯員全員の総収入（税金や各種控除を差し引く前の収入）。以下の所得区分のうち、該当するものをすべてチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 事業収入／賃貸収入 <input type="checkbox"/> 社会保障／生活保護による収入	
<input type="checkbox"/> 給与収入／賃金収入 <input type="checkbox"/> 失業給付／就業不能手当による収入	
<input type="checkbox"/> 退役軍人給付金による収入 <input type="checkbox"/> 扶養料／養育費の受け取り	
<input type="checkbox"/> 利息または配当金による収入 <input type="checkbox"/> 恩給／退職金／年金の受け取り	
<input type="checkbox"/> 自営による所得 <input type="checkbox"/> 同一世帯で収入を得ている者がいない、または過去2か月間に収入を得た者がいない	
世帯員全員の年間総所得がゼロの場合、上の証明欄にチェックを入れ、その下に、世帯の成人家族が収入のない状態でどのように自活しているか（食料、住まい、光熱費、その他の生活必需品をどのようにまかなっているか）を文章で説明してください。	
_____ _____ _____	\$ _____
<b>医療費：</b> Kaiser Permanenteまたはその他の医療提供者が提供した救急医療または医療上必要な処置に対し、12か月間で支払った自己負担額の合計。対象となる医療、投薬、歯科治療に対する共同負担額、預託金、自己負担分、定額控除額の支払いが含まれる場合があります。	\$ _____

医療費助成を申請する世帯の構成員全員について記入してください。

氏名 生年月日 申請者との関係 診療記録番号

氏名	生年月日	申請者との関係	診療記録番号

保険に加入していない場合はKaiser Permanenteにご相談ください。医療保険に加入していない場合にどのような選択肢があるかについてご説明します。Kaiser Permanenteから選択肢について電話で説明を受けることを希望される場合は、この欄にチェックを入れるか、**1-800-479-5764 (TTY 711)** までお電話ください。

連絡を希望する

この申請書に記載されている上記すべての事項があらゆる点において真実かつ正確、完全であることをここに表明します。また、Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) に対し、本制度の対象外である医薬品および医療サービスの対価として支払う義務のあるすべての金額（以下「残額」）についても責任を負うことを認め、同意します。

**注：**所得証明書の提出がない場合、Kaiser Foundation Health Plan and Hospitalsは、連邦、州、および民間の医療制度（MFA制度を含む）の利用資格を判断する目的において、消費者信用調査機関などの外部情報機関が提供する情報を利用します。

本申請書を提出することにより、本申請書に記載された情報の確認が必要と判断された場合、KFH/HPが消費者信用調査機関などの外部情報機関に情報提供を依頼することを許可するものとします。

署名	日付
----	----

承認審査にあたっては迅速な処理に努め、審査が完了次第、結果をお知らせする書面をお送りします。

# NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

**English:** If you need help in your language, language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). Call our Member Service Contact Center at 1-800-464-4000 (TTY 711) for help or visit any registration desk for more information at any Kaiser Permanente hospital, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available.

**Chinese:** 如果您需要使用您的语言获得帮助，我们每周 7 天、每天 24 小时免费提供语言帮助（节假日休息）。请致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 联络我们的会员服务联络中心以寻求帮助，或前往任何 Kaiser Permanente 医院的登记台了解更多信息，我们的服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。我们还为残疾人提供辅助工具和服务，例如盲文、大字体、音频和其他无障碍电子格式的文档。

**Spanish:** Si necesita ayuda en su idioma, contamos con asistencia de idiomas sin costo alguno para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (TTY 711) para obtener ayuda. O visite el mostrador de recepción en cualquier hospital de Kaiser Permanente para obtener más información, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También ofrecemos ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles.