

## 病院財政支援プログラム申請に関するご案内

Northwest Community Hospital (NCH) および Day Surgery Center II (DSV) では、患者さんのニーズに対応する様々な財政支援プログラムを提供しています。これらのプログラムは、NCH と DSV の医療費にのみ適用されます。提供された治療、処置、その他のサービスについては、それぞれの医師または医療提供者から、個別に請求書を受け取ることを予めご承知ください。これらの医療費は、病院財政支援プログラムは適用されません。

病院財政支援プログラムの他にも、Medicaid や Medicare、AllKids といった公的プログラムの受給資格がある場合があります。これらの公的プログラムへの申請は、病院財政支援プログラムに申請する前に行っていただく必要があります。NCH と DSV では、患者さんに対して、州営の公的プログラムおよび加入手続きに関するサポートを提供します。

保険未加入者の方は、無料または割引治療の資格を得るにあたり、社会保障番号 (Social Security Number) は必要ありません。しかし、Medicaid を含むいくつかの公的プログラムでは、社会保障番号が必要となります。社会保障番号の提出は必須ではありませんが、病院が、患者さんに何らかの公的プログラムの受給資格があるかどうかを判断する際に役立ちます。

無料・割引医療を受けられる可能性があります。この申請書にご記入いただくと、あなたが無料・割引サービスや、医療費を補助するその他の公的サービスへの受給資格があるかどうかを NCH と DSV が判断する上で役立ちます。無料・割引サービスへの申請を行うには、病院が最初の医療費の請求書を発行してから 365 日以内に当申請書を記入し、病院のスタッフに手渡しするか、郵送または FAX で提出してください。

病院財政支援、割引プログラム、支払方法には次のようなものがあります。

プログラム	対象者	概要	申請方法
自己負担割引	保険未加入患者	NCH の自己負担割引方針に基づき、自動的に医療費に割引を適用します。	申請は不要です。既に明細書を受領している場合は、当院の自己負担担当者 (Self Pay Specialists、電話: 847.618.4747) までご連絡ください。
仮受給資格	保険未加入患者	政府が決定した基準を組み込んだ予測モデルで、100%の慈善医療割引を受けることができます。	可能であれば、財政支援プログラム申請書に記入してください。
財政支援	保険加入患者	連邦貧困ガイドラインに沿って、世帯人数や所得に基づき、保険金を差し引いた額に対して最大 100%の慈善医療割引を受けられる場合があります。保険加入患者は NCH の財政支援への申請資格はありますが、Illinois Hospital の保険未加入者割引には申請資格がありません。	財政支援プログラム申請書に記入してください。
保険未加入者向け財政支援	保険未加入患者	連邦貧困ガイドラインに沿って、世帯人数や所得に基づき、慈善医療または割引医療を提供します。保険未加入患者は NCH の財政支援および Illinois Hospital の保険未加入者割引への申請資格があります。	財政支援プログラム申請書に記入してください。
高額医療費割引	保険未加入患者・ 保険加入患者	Northwest Community Hospital に対する医療費が世帯総所得の 25%を超過した場合、自己負担額を制限します。	自己負担額が世帯総所得の 25%を超過しているかどうかを確認してください。該当する場合は、財政支援プログラム申請書に記入してください。
支払計画プログラム	保険未加入患者・ 保険加入患者	支払い協定の合意により、患者さんの債務負担を支援します。	申請は不要です。既に明細書を受領している場合は、当院の自己負担担当者 (Self Pay Specialists、電話: 847.618.4747) までご連絡ください。

患者さんの記入済みの申請書および添付書類を受領してから 45 日以内に、当院から回答の通知をいたします。ご不明な点や、サポートのご要望がございましたら、財政カウンセラー (Financial Counselor、電話: 847.618.4542) にお問い合わせいただくか、ウェブサイト (<http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>) で病院の財政支援プログラムに関する追加情報をご覧ください。

記入済みの申請書 (署名、日付入り) は、添付書類と共に、当院の財務カウンセラーまで直接提出するか、以下宛に郵送してください。

Northwest Community Hospital  
Patient Services Center  
ATTN: Financial Counseling  
800 West Central Road  
Arlington Heights, IL 60005  
Fax 847-618-4549

**申請するプログラム:**

- 保険未加入者向け財政支援
- 財政支援(保険金を差し引いた額に対して)
- 高額医療費割引
- 仮受給資格

**財政支援プログラム申請書**

注:この申請は、Northwest Community Hospital (NCH)および Day Surgery Center II (DSV)の医療費のみを対象としています。医師から請求される治療費については、方針に従って適用される場合もあります。この申請書の両面に記入し、署名の上、必要な添付書類を揃えて提出してください。

**1.申請者情報 \*患者さんが未成年者の場合は、親/保護者を申請者としてください。**

氏名	自宅電話番号	携帯電話番号	
自宅住所	市(City)	州(State)	郵便番号(Zip)
社会保障番号(Social Security #)	生年月日	Eメールアドレス	

**2.世帯人員/扶養家族**

氏名	生年月日	申請者との続柄

**3.勤務先情報**

給与所得者の氏名	勤務先名・住所	勤続年数・役職

**4.所得に関するその他の情報**

その他、次に挙げる項目を含む、すべての所得を記載してください: 配当、利息、社会保障給付金、労働者補償金、研修奨励金、別居家族からの定期的支援金、国民年金、私的年金、年金保険給付金、家賃収入、特許料収入、不動産収入、信託財産からの収入、退役軍人年金。

給与所得者の氏名	所得の種類	月間所得
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

**5.毎月の住宅ローン支払額または家賃**

\$ \_\_\_\_\_  
 \*\*もし、他の方(々)が生活費および/または部屋代と食事代の基本的な支援を負担している場合、またはあなたが住宅ローンや家賃の支払いを行っていない場合は、「基本的支援に関するフォーム(Primary Support Form)」に記入するか住宅ローン完済の証拠となる書類を提出してください。

### 6.資産

普通預金・当座預金など、すぐに利用できる現金・投資を指します。申請者の自宅や、個人的な非課税財産、年金・退職の積立金は資産に含まれません。家族/扶養家族として記載された方に関する書類も含めてください。資産とその概算価格をすべて記入してください。金融機関または第三者機関による資産価値の証明書のみが有効な書類となります。

所有者	資産の種類	概算価格

### 7.署名

本申請書の情報が、私の知る限り、真実かつ間違いのないものであることを保証します。私は、病院の医療費支払の補助となるよう、受給資格の可能性のある州、連邦および地方のあらゆる支援制度に申請します。私は、本申請書による情報が病院によって検証されることを承知しており、この申請書に記載された情報を精査するために、病院が第三者に連絡して確認することを認めます。もし本申請書に、故意に虚偽の情報を記載した場合は、財政支援の資格が失効し、給付された財政支援が無効となり、病院に対する支払はすべて私の責任となることを理解しています。私の財政状況に変更が生じた場合は、速やかにNCHに通知します。

申請者署名	日付 / /
代理人署名(申請者が署名できない場合)	日付 / /
	申請者との関係

### 署名・日付入りの申請書に以下の書類を添えて提出してください

<input type="checkbox"/> 最新の連邦所得税確定申告書(署名・日付入り、W-2 や 1099 などの添付書類と一覧表を含むもの)
<input type="checkbox"/> 患者が扶養家族の場合、確定申告書
<input type="checkbox"/> 過去 30 日間の状況が分かる最新の給与明細 2 通(またはその他の所得証明書)および過去 1 年間の収入一覧
<input type="checkbox"/> 3カ月分のすべての普通預金・当座預金の銀行口座取引明細書
<input type="checkbox"/> イリノイ州の居住証明書類(自動車免許、最近の公共料金支払書、賃貸契約書など。その他の有効な書類については、財務カウンセラーまでお問い合わせください)
<input type="checkbox"/> 社会保障受給証明書
<input type="checkbox"/> 勤務先発行の給与証明書
<input type="checkbox"/> 失業手当受給証明書
<input type="checkbox"/> 基本的支援に関する公正証書
<input type="checkbox"/> 仮受給資格に関する証明書(Link Card、フードスタンプ、WIC プログラム、PADS ID、ホームレス証明の写しなど。その他の情報については、財務カウンセラーまでお問い合わせください)
<input type="checkbox"/> 自営業証明書
<input type="checkbox"/> 年金受給証明書

記入済みの申請書と添付書類は以下の住所に送付してください。申請書とNCHの各種書類は、以下のウェブサイトから入手できます

<http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>

Northwest Community Hospital  
Patient Services Center  
ATTN:Financial Counseling  
800 West Central Road  
Arlington Heights, IL 60005  
Fax 847-618-4549

患者さんの記入済みの申請書および添付書類を受理してから 45 日以内に、当院から回答いたします。ご不明な点や、サポートのご要望がございましたら、財政カウンセラー (Financial Counselor、電話: 847.618.4542) にお問い合わせいただくか、ウェブサイト (<http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>) で病院の財政支援プログラムに関する追加情報をご覧ください。