Washington State Health Care Authority

医療費を受給するための民間健康保険と**Apple Health (Medicaid)** サービスカードの使い方

Q: **民間の健康保険を持っている場合、Apple Healthは私にとって役にたちますか？**
A: はい。民間保険に加えてApple Health があると非常に助かります。あなたがApple Healthに加入する資格がある限り、あなたの保険で支払われない加入者負担金、免責金額、サービス料はこちらで支払える可能性があります。

Q: **民間保険とApple Healthの両方を持っている場合、医師やその他の医療プロバイダには何と伝えればよいでしょうか？**
A: あなたの民間保険とApple Health サービスカードの両方を扱っているプロバイダにかかることが重要です。医師またはその他の医療プロバイダに会う際は、民間の保険証とサービスカードの両方を提示してください。もしあなたの医療プロバイダがあなたの保険とApple Healthを受け付けない場合、あなたが受けた医療費は自己負担となります。

Q: **私の医師または他の医療プロバイダーが私の保険やサービスカードを受け付けてくれない場合はどうするべきですか？**
A: Apple Health と民間保険の両方を受け付けてくれるプロバイダーを探すべきです。あなたの近くのエリアのプロバイダーを探すには、あなたの保険会社に電話する必要があるかもしれません。

Q: **もし私の民間保険がサービスを保証してくれない場合どうすればいいでしょうか？**
A: あなたの医師はまず最初に民間保険に請求をします。民間保険では支払われなくても、Apple Healthで支払われる場合Apple Healthに支払請求が行われます。確実に問題が発生しないようにするために、あなたのプロバイダーがサービスカードを受け入れてくれ、Apple Healthに支払請求してくれるよう常に確認してください。

Q: **私の健康保険料を支払ってもらうには、何をする必要がありますか？**
A: お電話でお問合せください。あなたの健康保険、保険料額、支払い期日、保険料の支払いを行うのは加入者なのか雇用者なのかという情報が必要となります。この情報が入手できたら、こちらであなたの保険料を支払えるかどうかをお知らせします。

Q: **Apple Healthによる支払額とプロバイダーからの請求額が異なる場合、その差額は私が支払うよう請求されるのですか？**
A: いいえ。医師または他のプロバイダーがApple Healthと業務を行う場合、医師やプロバイダーはApple の支払額に同意し、差額をあなたに請求することはありません。万一請求書を受け取ったら、直ちに電話にてご連絡ください。Apple Healthが保証するサービスに対してあなたが請求されることはあり得ません。

Q: **私の民間保険が失効または変更したらどうなるのでしょうか？**
A: あなたの保険内容にいかなる変更があったら、電話ですぐに当方にお知らせいただくことが重要です。こちらであなたのファイルを更新し、あなに受給資格がある限り引き続きApple Healthを通して医療保険を受けられます。

Q: **もし私が長期介護(LTC)保険を持っている場合でも、Apple Healthは私のサポートをしてくれますか？**
A: はい。あなたのLTC保険が費用の全額を支払わない場合で、あなたが自宅、介護施設、大人用のファミリーホーム、または老人ホームに居住している場合、Apple Healthがあなたの長期介護保険を支払います。保険会社が直接あなたに小切手を送付した場合、保険料の小切手をあなたの介護プロバイダー施設に送らなければなりません。

Q: **Apple Healthの受給資格がある場合、なぜ私のLTC保険を保持しなくてはならないのですか?**
A: あなたが常にApple Healthの受給資格を有しているという保証はありません。別の収入源や資産を受け取ると、受給資格が失効するか、議会がプログラムへの資金を減らしたりする原因となり得ます。あなたがご自身の LTC保険を解約すると、それを再度入手することはできない可能性があります。LTC保険金は、あなたが死亡した場合あなたの不動産に対する義務を低減します。

Q: **ソーシャルセキュリティ番号が必要な理由は何ですか？**
A: 連邦法によると、Medicaidの申請をする人すべてがソーシャルセキュリティ番号を提示しなければいけないことになっています。(42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 及び 42 CFR 457.340(b).)こうした規制のおかげで、私たちは適切な金額の保険料を給付し、過剰支払いの保険料があった場合はその金額を回収することになります

Q: **その他の質問がある場合はどうしたらいいでしょうか？**
A: あなたの民間健康保険についての質問がある場合は、直接保険会社に連絡してください。あなたのサービスカードとともに民間保険を使用するらなるサポートが必要な場合は、以下の電話番号までお問合せください。

Coordination of Benefits フリーダイヤル 1-800-562-3022 内線16134
月曜日:7:30 a.m. ~ 4:30 p.m.
火曜日～金曜日:7:30 a.m. ~ 1:00 p.m

Washington State Health Care Authority

医療対象情報

重要情報:このフォームの目的は、あなたが民間保険を持っているかどうかを確認することです。 民間保険を有しながら、Apple Health (Medicaid) のカバーも受けることができます。このフォームの記入を完了したら、添付の封筒を使って以下の住所宛てにお送りください。 Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565.このフォームについて質問がありましたら、こちらにお電話ください。1-800-562-3022 外線 16134

クライアント名	日付	電話番号	生年月日	ACES クライアント ID#

A. 医療保険（軍隊での保険料を含む）をお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ

B. 歯科保険はお持ちですか? ☐ はい ☐ いいえ

C. 過去 12 カ月間、医療保険または歯科保険をお持ちでしたか？ ☐ はい ☐ いいえ

D. 長期介護 (LTC) 保険はお持ちですか? ☐ はい ☐ いいえ *「はい」と答えた場合、お持ちの保険に印をつけてください。*
☐ 老人ホーム ☐ 介護施設 ☐ 大人のファミリーホーム ☐ 家庭内介護 ☐ その他: _____

上記の項目のうち「はい」と答えるものがある場合、各保険ごとに以下にお答えください。（必要に応じてページを追加してください。）

1. 保険証券の種類：☐ 医療 ☐ 歯科 ☐ 長期介護			この保険の加入者を記入してください（必要に応じてページを追加してください。）	
			氏名	生年月日
保険会社名		電話番号	1.	
住所 (カードに記載のとおり)			2.	
保険証券番号	保険証券開始日	保険証券終了日	3.	
加入者氏名	加入者生年月日		4.	
雇用者	組合名とローカル番号（該当する場合）		5.	

2. 保険証券の種類：☐ 医療 ☐ 歯科 ☐ 長期介護			この保険の加入者を記入してください（必要に応じてページを追加してください。）	
			氏名	生年月日
保険会社名		電話番号	1.	
住所 (カードに記載のとおり)			2.	
保険証券番号	保険証券開始日	保険証券終了日	3.	
加入者名	加入者生年月日	加入者 SSN	4.	
雇用者	組合名とローカル番号（該当する場合）		5.	

3. 保険証券の種類:☐ 医療 ☐ 歯科 ☐ 長期介護			この保険の加入者を記入してください（必要に応じてページを追加してください。）	
			氏名	生年月日
保険会社名		電話番号	1.	
住所（カードに記載のとおり）			2.	
保険証券番号	保険証券開始日	保険証券終了日	3.	
加入者氏名	加入者生年月日	加入者 SSN	4.	
雇用者	組合名とローカル番号（該当する場合）		5.	

保険料支払いプログラム

あなたがApple Health の保険料を受給し、民間健康保険に加入していて、健康保険料の支払いを受けたい場合、電話で 1-800-562-3022 x15473 まで連絡するか、「HCA保険料支払いプログラム申請書（Application for HCA Premium Payment Program）」(HCA 13-705)を記入し、受給資格があるかどうか確認できます。フォームはオンラインで入手できます。http://www.hca.wa.gov/medicaid/forms/documents/13_705.pdf

怪我の情報

過去 5 年間にあなたまたはあなたが代理申請を行っている人は医療措置を必要とする事故に会いましたか？☐ はい ☐ いいえ	事故日

事故原因:
☐ 自動車 ☐ 勤務中(L&I) ☐ 過誤 ☐ ビジネスまたは他人の家での怪我 ☐ 欠陥商品
☐ 犯罪活動 ☐ その他: _____

自動車に印をつけた場合、以下の欄すべてにご記入ください。

事故現場（通り・交差点、市、郡、州）

保険会社は関与していますか？ ☐ はい ☐ いいえ

加入者氏名

保険会社名	保険会社住所
クレーム番号	保険証券番号
査定人氏名	査定人電話番号

事故での負傷者名 (必要に応じてページを追加してください)	怪我
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

弁護士は関与していますか？☐ はい ☐ いいえ

弁護士氏名	弁護士電話番号	弁護士住所

私は自分が保険証券の受取人または保険料を受ける人である件について必要な情報を健康・医療保険料の調整目的で Health Care Authority に開示することをここに承認します。(WAC 182-503-0540)

署名	日付