

Health Insurance Premium Payment 申請書

(記入例は裏面を参考にしてください)

ステップ 1: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program の申請者について

1. 申請者名	2. 社会保障番号	3. 電話番号
4. 申請者の住所	市	州 郵便番号

ステップ 2: 健康保険証について

5. 保険会社名	6. 保険開始日	
7. 保険料の請求先住所 (保険料の郵送先)	市 州 郵便番号	
8. 保険番号	9. 月額保険料の合計	10. 保険の対象となる総人数
11. 保険契約者名	12. 保険契約者の社会保障番号	

ステップ 3: HIPP の受給資格要件

13. 申請者は Medi-Cal に登録していますか？ はい ☐ いいえ ☐	14. 申請者は Medi-Cal Managed Care Plan に登録していますか？ はい ☐ いいえ ☐ わからない ☐
15. 保険契約者の裁判所は、医療保険を提供するよう命じられていますか？ はい ☐ いいえ ☐	16. 申請者は Medicare に登録していますか？ はい ☐ いいえ ☐
17. 保険契約者は、医療保険料の支払いに対して完全に払い戻されていますか？ はい ☐ いいえ ☐	18. Medi-Cal に登録している場合、申請者は Medi-Cal に最初に登録されて以来、同じ保険契約を維持していますか？ はい ☐ いいえ ☐

質問 14、15、16、または 17 の答えがはいの場合、申請者は HIPP program の資格がありません。

質問 13 または 18 の答えが いいえ の場合、申請者は HIPP program の資格がありません。

資格要件に関する質問は DHCS の問い合わせ先 HIPP@dhcs.ca.gov または (916) 445-8322 までお願いします。

重要：受給条件として、Medi-Cal の全受益者は、医療保険、サポート、またはその他の第三者への支払いの権利を Medi-Cal Program に譲渡するものとし、California Department of Health Care Services に協力して医療サポートまたは支払いを取得するものとし、受益者に対する権利の譲渡は、Medi-Cal Program によって支払われたサービスに対してのみ有効です。医療権利の譲渡により、California Department of Health Care Services は、Medi-Cal program が他の健康保険補償範囲に請求されるべきだった医療サービスに対して支払いを行うときに、健康保険会社やファンドから資金を回収することができます。Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) を遵守するために、あなたの社会保障番号とあなたが提供する情報は、保険会社、雇用主、医療サービスの提供者、および保険の延長が可能かどうかを決める郡の機関に連絡して、利用できる健康保険の範囲で使用されることがあります。Welfare and Institutions Code, Section 14100.2 により、提出された情報は機密情報と見なされ、Medi-Cal program の管理目的で必要な場合にのみ開示されます。

承認：私は、California Department of Health Care Services (DHCS) が必要に応じて健康保険の補償範囲に関する情報を取得することを承認します。これには、私に代わって行われた医療の支払いおよび/または給付情報が含まれる場合があります。この情報は、California Department of Health Care Services が健康保険料を支払うかどうかを判断する際に使用される場合があります。

19. 申請者 (または正式な代理人) の署名

日付

Health Insurance Premium Payment の申請書の記入方法

以下に従って、Health Insurance Premium Payment の申請書を記入してください。

1. 申請者のフルネームを入力します。
2. 申請者の社会保障番号 9 桁 を記入してください。
3. 申請者の日中の連絡が取れる電話番号を市外局番を含めて記入してください。
4. 申請者の住所 番地、市、州、および郵便番号 を記入してください。
5. 現在加入している健康保険会社名を記入してください。
6. 項目 5 と 8 に健康保険の開始日を記入してください。
7. 保険料の支払いを保険会社へ郵送する際の申請者の住所 番地、市、州、および郵便番号 を記入してください。
8. 申請者の健康保険証番号を入力してください。
9. 健康保険の月々の保険料総額を記入してください。
10. 項目 5 と 8 に健康保険の加入者の総数を記入してください。
11. 項目 5 と 8 に健康保険の保険契約者の氏名を記入してください 保険証を交付された方の氏名を記入してください。
12. 保険契約者の社会保障番号 9 桁 を記入してください。
13. はい または いいえ のボックスをチェックすることで、申請者が現在 Medi-Cal に登録しているかがわかります。
14. はい いいえ または 不明 のボックスをチェックすることで、申請者が現在 Medi-Cal Managed Care Plan に登録しているかがわかります。
15. はい または いいえ のボックスをチェックすることで、裁判所から申請者に保険を提示するよう命じられているかがわかります。
16. はい または いいえ のボックスをチェックすることで、申請者が現在 Medicare に登録しているかがわかります。
17. はい または いいえ のボックスをチェックすることで、保険契約者が医療保険料の支払いに対して完全に払い戻しされているかがわかります。
18. はい または いいえ のボックスをチェックすることで、申請者が最初に Medi-Cal に登録して以来、同じ健康保険に加入しているかがわかります。
19. このフォームの記入が完了したら、日付と署名を記入してください。

このフォームは、Department of Health Care Services, HIPPI Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422 宛に郵送してください。このフォームの記入について質問がある場合は、月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 5 時まで、(916) 445-8322 へ電話ください。