

Health Insurance Premium Payment 신청서

(역방향으로 완료시 지시사항 참조)

1 단계: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program 신청자가 누구인지 알려주세요

1. 신청자명	2. 사회 보장 번호	3. 전화번호
4. 신청인의 집 주소	도시	주 우편번호

2 단계: 귀하의 건강 보험에 대해 알려주세요

5. 보험 회사명	6. 계약 시작 날짜	
7. 보험금 청구 주소 (보험금이 우편으로 발송되는 경우)	도시 주 우편번호	
8. 계약 번호	9. 월별 보험금 총액	10. 계약에 따라 적용되는 총 사용자 수
11. 보험 가입자 이름	12. 보험 가입자의 사회보장 번호	

3 단계: HIPP 자격 요건

13. 신청자는 Medi-Cal 에 등록되어 있습니까? 네 ☐ 아니오 ☐	14. 신청자가 Medi-Cal Managed Care Plan 에 등록되어 있나요? 네 ☐ 아니오 ☐ 모름 ☐
15. 법원이 의료보험을 제공하도록 명령한 보험가입자인가요? 네 ☐ 아니오 ☐	16. 신청자가 Medicare 에 등록되어 있나요? 네 ☐ 아니오 ☐
17. 보험가입자가 의료 보험료 지불에 대해 전액 변제 받았나요? 네 ☐ 아니오 ☐	18. Medi-Cal 의 경우, 신청자가 Medi-Cal 에 처음 등록한 후 동일한 보험을 유지했나요? 네 ☐ 아니오 ☐

질문 14, 15, 16 또는 17 에 네라고 답했다면 지원자는 HIPP program 을 받을 자격이 없습니다.
13 번 또는 18 번 질문에 아니라고 답했다면, 지원자는 HIPP program 을 받을 자격이 없습니다.

자격 요건과 관련된 질문은 HIPP@dhcs.ca.gov 또는 (916) 445-8322 를 통해 DHCS 으로 문의해주세요.

중요: 자격 조건으로서, 모든 Medi-Cal 수혜자는 Medi-Cal program 에 의료 보험, 지원 또는 기타 제 3 자 지급에 대한 권리를 양도해야 하며 의료 지원 또는 지급을 획득하는 데 있어 California Department of Health Care Services 와 협력해야 합니다. 혜택에 대한 권리양도는 Medi-Cal program 에 의해 지불된 서비스에 대해서만 유효합니다. 의료권 양도는 California Department of Health Care Services 에게 건강 보험회사로 부터의 자금 회수, 또는 메디칼이 다른 보험회사에 이미 청구되어져야 한 것에 대해 지불한 것의 회수를 위한 것 입니다 Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) 의 준수에

따라, 귀하의 사회보장 번호와 귀하가 제공한 정보는 보험 회사, 고용주, 의료 서비스 제공자 그리고 카운티 기관에서 가능한 건강 보험 혜택 범위 결정을 위해 사용됨을 인지하십시오. Welfare and Institutions Code, Section 14100.2 에 의거하여 제출된 모든 정보는 기밀로 간주되며 Medi-Cal program 관리 목적으로만 필요한 경우에 한하여 공개됩니다.

권한 부여: “이에 따라 본인은 California Department of Health Care Services 에게, 필요한 경우, 지불금 그리고/또는 내가 받은 의료 치료 혜택에 대한 내 개인건강 보험 혜택에 관한 정보 취득, 그리고 이 정보는 California Department of Health Care Services 가 혜택 지속을 위한 건강 보험 월 비용을 결정하는 데 사용함을 위임합니다.”

19. 신청자 (또는 인증 대리인) 의 서명

날짜

Health Insurance Premium Payment 애플리케이션 작성을 위한 안내

다음 지침을 사용하여 Health Insurance Premium Payment 를 작성하세요.

1. 지원자의 전체 이름을 입력하십시오.
2. 신청자의 9 자리 사회 보장 번호를 입력하세요.
3. 지역 번호를 포함하여 신청자의 주간에 받을 수 있는 전화 번호를 입력하세요.
4. 신청자의 전체 주소, 시, 주, 우편 번호를 입력하세요.
5. 신청자의 현재 건강보험 가입자명을 입력하세요.
6. 5 번과 8 번 항목에 열거된 건강보험의 최초 가입 개시일을 입력합니다.
7. 신청자가 보험사에 보험금 지불을 우편으로 보내는 전체 주소, 시, 주 및 우편 번호를 입력합니다.
8. 신청자의 건강보험 계약번호를 입력합니다.
9. 건강보험 월별 총 보험금액을 입력합니다.
10. 5 번과 8 번 항목에 열거된 건강보험 적용 대상자의 총 인원수를 입력하세요.
11. 5 번과 8 번 항목에 열거된 건강보험 가입자의 전체 이름을 입력합니다. 계약이 발행한 사용자의 이름입니다.
12. 보험 가입자의 9 자리 사회 보장 번호를 입력합니다.
13. 네 또는 아니오 확인란을 선택하여 신청자가 현재 Medi-Cal 에 등록되어 있는지 여부를 나타냅니다.
14. 네, 아니요 또는 알 수 없음 확인란을 선택하여 신청자가 현재 Medi-Cal Managed Care Plan 에 등록되어 있는지 여부를 나타냅니다.
15. 네 또는 아니오 확인란을 선택하여 보험계약자가 신청자에게 보험을 제공하라는 법원 명령을 받았는지 여부를 표시합니다.
16. 네 또는 아니오 확인란을 선택하여 신청자가 현재 Medicare 에 등록되어 있는지 여부를 나타냅니다.
17. 네 또는 아니오 확인란을 선택하여 보험 가입자가 의료보험료 납부를 전액 변제받았는지 여부를 표시합니다.
18. 신청자가 처음 Medi-Cal 에 등록했을 때부터 동일한 건강보험에 가입했는지 여부를 네 또는 아니오 확인란을 선택하여 표시합니다.
19. 이 양식을 완료한 날짜를 서명하고 입력하세요.

이 양식을: Department of Health Care Services, HIPPA Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422 로 보내주세요. 이 양식을 작성하는 데 대해 궁금한 점이 있으시면 월요일부터 금요일까지 오전 8 시부터 오후 5 시까지 (916) 445-8322, 로 전화해주세요.