



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 または 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

日付 / Date: _____ 保証人の氏名 / Guarantor Name: _____

患者の氏名 / Patient Name: _____ サービスを受けた日 / Date(s) of Service: _____

アカウント番号 / Account # _____ 医療記録番号 / Medical Record # _____

患者様ならびに保証人の方へ

Texas Health Resources の「医療費助成申請書」を添付しておりますのでご確認ください。この申請書にご記入いただいた内容は、あなたが病院・医師・急病診療所にかかわる費用の助成を受ける資格があるかどうか審査を受ける際の説明資料として提出されます。この申請書は Texas Health Hospital、Texas Health Breeze Urgent Care、Texas Health Physician Group にかかわる医療費の未払い額のみを対象としています。

当団体では、プライバシー保護の重要性を理解しております。申請書にご記載いただいた内容は、確認目的での使用を除き、極秘情報として取り扱われます。記載内容は、Texas Health Resources 組織内で知る必要がある者にのみ開示されます。

申請書のすべての項目に必要な事項をご記入ください。
記入スペースが足りない場合は、申請書の裏面をご利用ください。

申請書の手続きには収入を証明する書類が必要です。
収入を証明する書類として提出できる書類については下記をご覧ください。必要書類の提出を怠った場合は、助成却下となる可能性がありますのでご注意ください。

申請書をお受け取りになりましたら、直ちにご記入の上、できるだけ早めにご提出ください。

申請書の記入が困難な場合や、ご不明な点がございましたら、当団体に電話でお問い合わせください。申請書の作成には、あなたのご協力が不可欠です。

収入を証明する各書類のうち、どの書類の提出が求められるかは、あなたの経済状況により異なります。

医療費助成を受けられるかどうかの審査には、以下のいずれか、場合によってはすべての書類が必要となります。

1. すべての勤務先の給与明細書（各勤務先につき直近3通）
2. 社会保障または退職年金決定通知書
3. 自営業の場合は、直近の税務申告年度の個人確定申告書および過去3か月分の個人の銀行取引明細書
 - a. 確定申告書とは、米国個人所得税申告書（1040書式）、スケジュール 1、スケジュール1で言及のその他のスケジュールをいう
4. 該当期間内のすべての勤務先にかかわる税務申告書（W-2書式）または雑所得（1099書式）
5. 失業手当（失業手当受給の認定または不認定の決定が記載された文書）
6. 養育費の受領を証明するもの（検事総長サマリーが望ましい）
7. 利用可能な財源を証明するもの（個人の銀行取引明細書）
8. メディケイドまたは州の医療扶助の受給資格の認定・不認定の決定が記載された文書
9. 雇用主または福祉事務所からの書面による説明
10. 食料と居住場所を提供する者からの署名付きの手紙（患者の現状を証言する手紙）
11. 労災補償の給付を証明するもの
12. 障がい給付金（短期・長期就業不能給付金）の通知書
13. SNAP受給認定・不認定の決定が記載された文書



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 または 800.890.6034 |

Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

医療費助成申請書 - P. 1

患者の氏名 / Patient Name: 姓 / Last 名 / First ミドルネーム・イニシャル / MI

社会保障番号 / Social Security # 生年月日 / DOB: アカウント番号 / Account #:

配偶者有 / Married 独身 / Single 離別 / Divorced 死別 / Widowed 別居 / Separated

未成年 (18 歳未満) のお子様がいますか? / Do you have minor children (under 18)? はい / Yes いいえ / No
そのお子様と同居していますか? / Do they live with you? はい / Yes いいえ / No
そのお子様は実子または合法的に養子縁組した子ですか? / Are they your birth/legally adopted children? はい / Yes いいえ / No
患者は仕事をしていますか? / Patient Employed? はい / Yes いいえ / No
配偶者は仕事をしていますか? / Spouse Employed? はい / Yes いいえ / No
医療保険に加入していますか? / Do you have medical insurance? はい / Yes いいえ / No
ヘルスシェアまたはコストシェアリング・プランに加入していますか? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? はい / Yes いいえ / No
障がい給付金を受給していますか? 受給期間は? / Are you on disability? How long? はい / Yes いいえ / No
患者は退役軍人ですか? / Are you a veteran? はい / Yes いいえ / No

家族 - (同居)

配偶者 / Spouse:
子 / Child: 年齢 / Age:
子 / Child: 年齢 / Age:
子 / Child: 年齢 / Age:
子 / Child: 年齢 / Age:

月収:

Table with 4 columns: Gross, Net, Expenses, Monthly Amount. Rows include Patient, Spouse, Dependents, Public Assistance, Food Stamps, Social Security, Unemployment, Strike Benefits, Worker's Compensation, Alimony, Child Support, Military Allotments, Pensions, Interest, and TOTAL.

資産

当座預金 / Checking Account
普通預金 / Savings Account
定期預金、個人退職金積立口座 / CD's, IRA's
その他の投資 (株式、債券等) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)
主たる住居以外の不動産・土地 / Properties/Land other than primary residence



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 または 800.890.6034 |

Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

医療費助成申請書 - P. 2

雇用主 / Name of Employer	_____	配偶者の雇用主 / Spouse's Employer:	_____
電話番号 / Telephone #	_____	電話番号 / Telephone #	_____
雇用主住所 / Employer Address	_____	雇用主住所 / Employer Address	_____
職業 / Occupation	_____	職業 / Occupation	_____

現在メディケイド給付を申請中ですか？ / Are you currently applying for Medicaid Benefits?	_____	はい / Yes	_____	いいえ / No	_____
郡の病院や貧困層向けのプログラムを通して経済的援助の申請をしましたか？ / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?	_____	はい / Yes	_____	いいえ / No	_____
担当医師から無償での医療を受けていますか？ / Is your physician donating his/her services?	_____	はい / Yes	_____	いいえ / No	_____
患者の事故・負傷・疾病に対して賠償責任を負う可能性のある第三者がいますか？ / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?	_____	はい / Yes	_____	いいえ / No	_____
Texas Health への医療費の支払いにあたって、どなたからか経済的援助を受けていますか？ / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?	_____	はい / Yes	_____	いいえ / No	_____
どなたから経済的援助を受けていますか？ / Who is assisting you?	_____				
経済的援助の額は？ / How much assistance are you receiving?	_____				

Texas Health への医療費の支払いについて、助成を受ける資格があるかどうかを審査する上で役立つと思われるその他の情報がありましたら、ご記入ください。 /

List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills

病気による休職中に受け取る所得や手当などの見積額 /
Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness
(有給病気休暇、有給休暇、短期・長期就業不能給付金 /
Sick leave, paid time off, short/long term disability income)

\$ _____

予想される休職期間・無収入期間 /
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:

私は、Texas Health Resources がこの申請書の審査に関連して、この申請書に記載された経済状況が事実であることを確認する必要があることを理解しています。私は、申請内容が事実であることを確認する目的で Texas Health Resources が私の雇用主に問い合わせることを許可します。また、信用調査機関から情報を入手することも許可します。私は、この申請内容が、医療費助成を受ける資格があるかどうかの審査に使用されることを承知しています。また、申請内容に虚偽の記載があった場合は、助成却下となる可能性があることも承知しています。私は、第三者またはその他の出所から費用の回収があった場合は、医療費助成認定が完全にまたは部分的に取り消されることも理解しています。

[第三者賠償責任の場合のみ] 私は、私が医療費助成を受けることによって、私が病院に対して負ういかなる額の未払い費用についても、病院がその特別先取特権 (hospital lien) を放棄するものではないことを理解しています。また、この入院に関連して私が受け取る弁済金はすべて Texas Health Resources に支払われることを承知しています。

申請者の署名 (患者本人の場合) / Signature of Person Making Request, If Patient	_____	日付 / Date	_____
--	-------	-----------	-------

申請者の署名 (患者以外の場合) / Signature of Person Making Request, If Not Patient	_____	患者との関係 / Relationship	_____
--	-------	-----------------------	-------

患者の住所 / Patient's Address	市 City	州 State	郵便番号 ZIP	郡 County	自宅の電話番号 / Home Telephone Number	_____
------------------------------	-----------	------------	-------------	-------------	------------------------------------	-------