

患者の皆様へ

ここにB HMC医療費助成給付申請書が添付されていますので、全ての項目を記入し、必要な書類を全てご提出ください。申請書に不備があった場合、申請を受理されないこともありますのでご注意ください。

申請書の提出期限は、財政支援が要求されるサービスの最初の申込書から **240** 日となっております。

ベス・イスラエル・ディーコネス医療センターとその関連会社は、ヘルスケアが必要でも、保険に加入されていない方々、政府プログラムの資格がない方々、個人的財政事情のために医療に必要な治療費を支払うことの出来ない患者の皆様へ、財政上援助を最善を尽くし提供しております。

ご不明な点があれば、下記の番号のファイナンシャルカウンセリングへお気軽にお問合せ下さい。

よろしくお願い致します。

申請書は、下記の住所にお届け下さい。

相談財務室：

ベス・イスラエル・ディーコネス医療センター

イーストキャンパス／ラブ

111 号室

330 ブルックライン・アベニュー

ボストン、MA 02215

617-667-5661

医療費助成給付申請書

印刷をお願い致します。

本日の日付： _____ 社会保障番号 # _____

医療記録番号： _____

患者名： _____ 生年月日： _____

住所：

通り

アパート番地

都市

州

郵便番号

患者様は入院当時、健康保険またはメディケードをお持ちでしたか？ はい いいえ

「はい」の場合、保険証のコピー（表と裏）を添付して、以下をご記入下さい。

保険会社名： _____ 保険番号： _____

発効日： _____ 保険機関の電話番号： _____

*給付を授与するために、患者様が6か月以内にメディケードを申請をし、その申請が却下されたことを証明する必要があります。

注：医療貯蓄口座（HSA）、医療費償還口座（HRA）、融通支出口座（FSA）、または家族医療費に指定されている類似な基金が設立されている場合、医療費助成給付が適用されないこともあります。設立基金からのお支払いは、給付金の援助開始までとなっております。

助成給付を申請する際には、下記をご記入ください。

同居している18歳未満の患者、両親、子供たちあるいは兄弟姉妹（養子を含む）全家族を記入してください。

家族	年齢	患者との関係	収入源または 雇用者名	月間総収入
1.				
2.				
3.				
4.				

医療費支出困難申請書の他、以下の書類の添付が必要です。

- 現在の州または連邦の所得税申告書
- 現在の フォーム W2、および、あるいはフォーム 1099
- 直近 4 か月分の給与明細
- 直近 4 か月分の当座預金口座および普通預金口座明細
- 健康貯蓄口座
- 健康補償の取り決め
- 融通の利く支出勘定

これらの資料を用意できない場合は、(617)667-5661 の財務相談室までお電話し、提出可能な他の資料をご相談下さい。

以下の署名により、私は助成給付のポリシーおよび申込書を熟読し、記入した内容の全て、または添付した書類が事実であり正確であることを保証します。また、私は、財政援助を受ける目的で、故意に虚偽の情報を提出するのは違法であることを理解致します。

申込者の署名： _____

患者との関係： _____

完了日： _____

あなたの収入がどのような方式であれ補充され、申込書に 0.00 \$ の収入を報告した場合は、ご自身とその家族に支援を提供する方が、以下の支援申込書を作成して下さい。

支援申請書

私は、患者あるいは責任ある関係者により財政支援を提供することを認められました。以下は、私が提供するサービスおよび支援の全てです。

私は、提供した全ての情報の真実性と正確性を保証致します。私の署名は、患者が医療費に対する財政的責任がないことを承諾致します。

署名： _____ 完了日： _____

資格の決定まで、申込書の受理から 30 日ほどかかります。

資格が決定される場合、承認日から 6 か月間支援が提供され、それぞれの財政援助政策の参照 5 に記載されているように、ベス・イスラエル・レイヒ関連会社に適用されます。

- アンナ・ジェイクス病院
- アディソン・ギルバート病院
- ベイリッジ病院
- ベス・イスラエル・ディーコネス医療センター、ボストン
- ベス・イスラエル・ディーコネス・ミルトン
- ベス・イスラエル・ディーコネス・ニーダム
- ベス・イスラエル・ディーコネス・プリマス
- ビバリー病院
- レイヒ・ホスピタル&メディカルセンター、バーリントン
- レイヒ・メディカルセンター、ピーボディ
- マウント・オーバーン病院
- ニューイングランド・バプティスト病院
- ウィンチェスター病院

申請書受領 (スタッフ用)	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID ミルトン	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID プリマス	<input type="checkbox"/>
ビバリー	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>