

## 病院請求書に関する苦情申立書

HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- 苦情はオンラインで次のサイトから提出できます：[hcai.ca.gov/HospitalBillHelp](http://hcai.ca.gov/HospitalBillHelp)。
- 苦情に関する無料相談は、健康消費者連盟（Health Consumer Alliance）[healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)をご覧いただくな、(888) 804-3536までお電話でご連絡ください。
- このプログラムは、一般的な請求および料金に関する異議、価格の透明性、適正見積もり、または救急治療室の提供者（施設料金を除く）による請求に対して管轄権（権限）を持っていません。
- 書類を郵送する場合は、必ず書類のコピーのみを同封してください。原本は送付しないでください。返却いたしません。

### セクション1：患者情報

- 
- |   |  |               |
|---|--|---------------|
| 1. 名、ミドルネーム、姓   | 2. 使用希望する氏名（任意）  |               |
| 3. 性別： <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 回答しない |  |               |
| 4. 生年月日： _____  | 5. 患者は死亡していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |               |
| 6. 患者は未成年ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |  |               |
| 7. 未成年の患者の場合は、保護者または法定後見人の氏名を記入してください： _____  |  |               |
| <hr/>   |  |               |
| 8. 郵送先住所、市、州、郵便番号（5桁）、国名  |  |               |
| <hr/>   |  |               |
| 9. 電話番号   | 10. 予備の電話番号  | 11. 電子メールアドレス |

12. 18歳未満の子どもの親または法定後見人以外の方が、あなたの苦情申し立てを手伝っていますか？  はい  いいえ  
はいの場合は、11ページの認定代理人フォームにご記入ください。

### セクション2：家族情報（病院サービスを受けた時点）

13. 世帯員数： \_\_\_\_\_

18歳以上の患者の場合、家族には以下が含まれます：配偶者、事実婚のパートナー、21歳未満の扶養子供、または障害がある場合は年齢を問わず、同居・別居を問わず含まれます。18歳未満の患者、または18歳から20歳までの扶養されている子どもについては、家族には以下が含まれます：親、介護者としての親族または親、および介護者としての親族が扶養している21歳未満の他の子供、または障害がある場合は年齢を問わず含まれます。家族が五人を超える場合は、10ページの追加用紙に記入してください。

番号	氏名	年齢	患者との関係：
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**セクション3：病院情報**

14. 病院名： \_\_\_\_\_

15. 住所、市、州、郵便番号（5桁）： \_\_\_\_\_

16. 病院が請求しているサービスの提供日： \_\_\_\_\_

もしあれば、請求書のコピーを提出してください。

17. ご質問のサービスに対して、何らかの金額を支払いましたか？  はい  いいえ  不明  
はいの場合は、もしあれば裏付けとなる書類および最後の支払日を記載してください： \_\_\_\_\_18. この苦情を提出する前に、病院で割引支払いまたは慈善医療の申請をしましたか？  
 はい  いいえ

いいえの場合は、セクション4に進んでください。はいの場合は、サービスの最初の請求日またはその請求日前12か月間のご家族の収入を記入してください。

患者の家族収入： \_\_\_\_\_

 週収  隔週収  月収  年収  その他： \_\_\_\_\_

19. 経済的支援申請書を提出した日付： \_\_\_\_\_

20. あなたの経済的支援の申請は却下されましたか？  はい  いいえ  
はいの場合は、異議申し立ての日付（該当する場合）： \_\_\_\_\_**セクション4：健康保険プラン情報**21. 病院サービスの一部が労災保険、自動車保険、または上記以外の他の保険でカバーされましたか？  はい  いいえ  不明

22. ご質問のサービスのいずれかの日に、健康保険プラン、保険プラン、または政府の保険プログラム（例：Medi-Medi-Cal, Medicare、メディケア補足保険など）に加入していましたか？

 はい  いいえ  不明

はいの場合は、各保険の種類ごとに、プラン名、保険の有効期間、会員ID番号、および該当する場合は下記の保険の種類のボックスをチェックしてください。

主な補償内容

補償期間

会員ID番号

 商業 / 雇用者保険  Medi-Cal  Medicare  メディケア補足保険

二次的補償	補償の期間	会員ID番号
<input type="checkbox"/> 商業 / 雇用者 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> メディケア補足保険		
その他の補償	補償期間	会員ID番号
<input type="checkbox"/> 商業 / 雇用者保険 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> メディケア補足保険		

その他の補償	補償期間	会員ID番号
<input type="checkbox"/> 商業 / 雇用者保険 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> メディケア補足保険		

23. 病院が請求しているサービスに対して、健康保険プラン、保険プラン、および / または政府の保険プログラムのいずれかが請求を処理しましたか？

はい  いいえ  該当なし  不明

#### セクション5：債務回収情報

24. この医療債務は病院から債権回収会社に売却されましたか、または債権回収会社に送られるリストがありますか？  はい  いいえ  不明

25. はいの場合、その債務は信用情報機関に報告されましたか、またはあなたのクレジットレポート / スコアに影響がありましたか？  はい  いいえ  不明  該当なし  
はいの場合は、クレジットレポートのコピーを提出してください。

26. 債務が債権回収会社に売却された日、または病院の請求書が債権回収会社に送られる可能性があると通知された日（該当し、かつお持ちの場合）： \_\_\_\_\_

#### セクション6：苦情情報

あなたの苦情内容の説明： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

この苦情の提出にあたり私が提供したすべての情報は、私の知る限り真実かつ正確です。

患者氏名（活字）

患者または法定代理人の署名

ご注意ください：苦情申立書が法定代理人によって署名される場合は、法的代理人フォームを記入する必要があります。

私は、2024年1月1日以前に発生した問題について、当局が私の苦情を州公衆衛生局に転送することを許可します。  はい  いいえ

## セクション7：情報の開示

HCAI-Legal-562 (REV 12/23/2025)

私、[患者氏名を記入]\_\_\_\_\_は、[病院名を記入]\_\_\_\_\_が、私の全ての健康記録（経済的情報、請求、医療、精神衛生、薬物使用障害、HIV、診断画像報告書、その他、私または私の代理人がカリフォルニア州医療アクセス情報局（HCAI）、病院請求苦情プログラム（HBCP）に提出した苦情に関する記録を含むがこれらに限定されない）を、病院が「公正請求法」および関連規則を遵守していたかどうかを判断する目的で共有することを許可します。

私の薬物使用障害に関する記録が存在する場合、それらは連邦規則である機密保持および「薬物使用障害患者記録に関する規則」42 C.F.R. パート2および「1996年医療保険の携行性と責任に関する法律（HIPAA）」45 C.F.R. パート160および164の下で保護されており、規則で別途定められている場合を除き、私の書面による同意なしに開示されることはありません。

この健康情報の共有に関する本同意書は、私のHCAIへの苦情が解決されるまで有効です。私は、健康データの共有に関するこの承認をいつでも撤回することができ、その場合は書面にて以下の宛先に郵送することで行えることを理解しています。

Department of Health Care Access and Information  
Hospital Fair Billing Program  
2020 West El Camino, Suite 1101  
Sacramento, CA 95833

特に取り消されない限り、この承認は、私がこのフォームに署名した日から12か月後、または私の苦情が終了した時点のいずれか早い方で失効します。この撤回は、HBCPが私の書面による要請を受領した時点で効力を発します。ただし、HBCPまたは他の者が、医療情報の開示に関する私の以前の同意にすでに依拠している範囲についてはこの限りではありません。

私は、この健康情報の開示に関する承諾が任意であることを理解していますが、この承諾書に署名しなければ、HBCPが私の病院請求に関する苦情を処理できないことも理解しています。

法律で要求されている場合を除き、カリフォルニア州法は、HCAIが別の認可を取得しない限り、私の健康情報をさらに開示することを禁じています。私は、自分の健康情報の開示を法的に守秘義務のない者に許可した場合、その情報は州法または連邦法による守秘義務の保護を受けなくなる可能性があることを理解しています。

私は、この同意書の写しを受け取る権利があることを理解しています。

患者署名 : \_\_\_\_\_ 日付 : \_\_\_\_\_

あなたの名前を記入してください : \_\_\_\_\_

このフォームが、未成年者の親または法定後見人、あるいは医療代理人など、個人の代理として法的権限を有する方によって記入されている場合は、以下の情報を記入してください。

このフォームを記入する方の名前 : \_\_\_\_\_

このフォームを記入する方の署名 : \_\_\_\_\_

日付 : \_\_\_\_\_

この人物がこのフォームに署名する法的権限を有している理由を以下に記載してください。

---

## 人口統計学的属性

以下の人口統計に関する質問は、報告および分析の目的のみに使用されます。この情報は任意です。この情報の提供を希望されない場合でも、あなたの苦情の結果には一切影響しません。

### 1. 言語

希望する言語: \_\_\_\_\_

ご希望の言語での連絡を希望しますか？  はい  いいえ

### 2. 人種および/または民族

あなたの人種および / または民族は何ですか？

該当するすべてのカテゴリーおよびサブカテゴリーを選択し、下の欄に追加の詳細を記入してください。注意、複数のグループを選ぶことができます。

アメリカ先住民 または アラスカ先住民

以下に詳細を記入してください。

ナバホ・ネイション  その他記入欄 : \_\_\_\_\_

アジア系またはアジア系アメリカ人

以下に詳細を記入してください。

インド系アジア人  カンボジア人  中国人  フィリピン人  モン族  日本人  韓国人

ラオス人  パキスタン人  ベトナム人  その他記入欄 : \_\_\_\_\_

黒人またはアフリカ系アメリカ人

以下に詳細を記入してください。

アフリカ系アメリカ人  バルバドス人  エチオピア人  ガーナ人  ハイチ人  ジャマイカ人

ケニア人

ナイジェリア人  ソマリア人  南アフリカ人  スーダン人  その他の記入欄 : \_\_\_\_\_

ヒスパニックまたはラティーナ / ラティーノ

以下に詳細を記入してください。

コロンビア人  キューバ人  ドミニカ人  エクアドル人  グアテマラ人  ホンジュラス人

メキシコ人またはメキシコ系アメリカ人  プエルトリコ人  サ尔巴多尔人  スペイン人

その他の記入欄 : \_\_\_\_\_

中東または北アフリカ

以下に詳細を記入してください。

アフガニスタン人  アルジェリア人  アルメニア人  エジプト人  イラン人  イラク人

イスラエル人  クルド人

レバノン人  モロッコ人  シリア人  その他の選択肢: \_\_\_\_\_

**ネイティブ・ハワイアン または 太平洋諸島出身者 □**

以下に詳細を記入してください。

- チャモロ人  チューク人  フィジー人  グアム人  マーシャル人  ハワイ先住民  パラオ人  
 サモア人  タヒチ人  トンガ人  その他の記入欄 : \_\_\_\_\_

**白人 □**

以下に詳細を記入してください。

- オランダ人  イギリス人  フランス人  ドイツ人  アイルランド人  イタリア人  
 ノルウェー人  ポーランド人  
 ポルトガル人  ロシア人  スコットランド人  記入式オプション : \_\_\_\_\_

**3. 性自認**

以下に詳細を記入してください。

- 女性  男性  女性から男性へ / トランスジェンダー男性 / トランス男性  
 男性から女性へ / トランスジェンダー女性 / トランス女性  
 ジェンダークィア ( 男性または女性のいずれにも限定されない )  不明 / 回答しない  
 記入式オプション : \_\_\_\_\_

## 1977年情報取扱法に関する通知

1977年情報取扱法（カリフォルニア州民法第1798.17条）は、以下の通知を義務付けています。

- 健康安全法第127436条は、医療アクセス情報局（HCAI）に対し、病院の割引支払いおよび/またはチャリティケア方針に関する病院の請求に関する苦情を調査する権限を与えています。
- HCAIの病院公正請求プログラムは、あなたの病院請求に関する苦情を調査するためにあなたの個人情報を使用します。
- この情報は必須ではありませんが、任意でHCAIに提供することができます。しかし、要請した情報を提供いただけない場合、HCAIはあなたの苦情の調査ができない可能性があります。
- HCAIは、あなたの苦情を調査するために必要に応じて、あなたの個人情報を病院や医療提供者と共有する場合があります。
- HCAIは、法律で要求または許可されている場合、他の政府機関とあなたの情報を共有することがあります。
- あなたにはご自身の個人情報を見る権利があります。HCAIが保有する個人識別可能なデータのプライバシーに関して、さらに情報が必要な場合またはご質問がある場合は、プライバシー担当者までご連絡ください。

Department of Health Care Access and Information

Privacy Officer

2020 West El Camino, Suite 800

Sacramento, CA 95833

[Privacy.Officer@HCAI.ca.gov](mailto:Privacy.Officer@HCAI.ca.gov)

[hcai.ca.gov/home/privacy-policy/](http://hcai.ca.gov/home/privacy-policy/)

## 提出する前に

もし、医療費の支払いに関する支援を病院から不当に拒否されたかどうかをHCAIに調査してほしい場合は、あなたがサービスを受けた病院で既に経済的支援を申請している必要があります。まだ病院に申し込んでいない場合は、申し込み方法の詳細について病院にお問い合わせください。ご希望の場合は、健康消費者連盟（Health Consumer Alliance）にお電話（888）804-3536いただくなか、または[healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)にアクセスして詳細情報をご覧ください。

## 提出方法

1. オンラインで提出するには、[HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) にアクセスしてください（これが最も迅速な提出方法です）。  
オンラインの指示に従い、苦情申立書に署名してください。
2. 正式な代理人を利用する場合は、「正式代理人フォーム」に記入してください。
3. 最近の税務申告書または最近の給与明細のコピーを添付してください。

4. 申し立てを裏付けるために、以下のいずれかの書類など、他の書類を添付することもできます。
  - 病院からの書面による見積もり。
  - 請求されたサービスに対して支払われた金額を示す書類。
  - 請求されたサービスに関して、あなたの健康保険プランまたは政府の保険プログラムとの間で行われたすべてのやり取り。
  - 医療債務が債権回収業会社に売却された、または債権回収会社に送られるリスクがあることの証拠。
  - あなたのクレジットスコアに影響があった場合は、クレジットレポートのコピー。

ご注意ください；苦情申請に記載されたサービス日付に関連する書類のみが審査の対象となります。

5. オンラインで提出しない場合は、苦情申立書および関連する書類を以下の宛先に郵送してください。

Department of Health Care Access and Information  
Hospital Bill Complaint Program  
2020 West El Camino, Suite 1101  
Sacramento, CA 95833

## その他の家族メンバー追加書

HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

追加の家族メンバーを記載する場合は、このページに記入してください。さらに記入欄が必要な場合は、このページのコピーを追加で作成し、苦情と一緒に提出してください。

### 家族情報

18歳以上の患者の場合、家族には以下が含まれます：配偶者、事実婚のパートナー、21歳未満の扶養子供、または障害がある場合は年齢を問わず、同居・別居を問わず含まれます。18歳未満の患者、または18歳から20歳までの扶養されている子どもについては、家族には以下が含まれます：親、介護者としての親族または親、および介護者としての親族が扶養している21歳未満の他の子供、または障害がある場合は年齢を問わず含まれます。

番号	氏名	年齢	患者との関係
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

## 正式代理人フォーム

HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- あなたの代理人として他の人にあなたの苦情の手続きまたは支援を許可したい場合は、以下のパートAとパートBの両方に記入してください。
- 18歳未満のお子様のためにこの苦情を提出する親または法定後見人の場合、このフォームに記入する必要はありません。
- あなたが法律により患者を代理する権限があり、かつこの苦情を患者のために提出している場合は、パートBのみご記入ください。あなたが患者の正式な代理人として行動する法的権限を証明する書類のコピーを必ず添付してください。

### パートA：患者記入欄

私は、下記のパートBに記載された者が、私に代わって保健医療アクセス情報局（HCAI）に提出した私の苦情に関して行動することを許可します。私は、HCAIのスタッフが、下記に記載された人物と私の経済的情報および私の病状や関連する治療に関する情報を共有することを許可します。私は、これらの記録には、経済的情報、請求、医療、精神的衛生、薬物乱用、HIV、診断画像報告書、および苦情に関連するその他の記録が含まれる可能性があることを理解し、認識しています。

この代理に対する私の承認は自発的なものであり、私はこれを終了する権利を有します。もし私がそれを終了したい場合は、書面で行わなければなりません。

---

1. 患者署名

2. 患者名を記入

3. 日付 : \_\_\_\_\_

### パートB：患者を支援した者の記入欄

4. 患者名 : \_\_\_\_\_

5. 正式な代理人の氏名: \_\_\_\_\_

6. 患者との関係 : \_\_\_\_\_

---

7. 郵送先住所、市、州、郵便番号（5桁）、国名

---

8. 電話番号

9. 電子メールアドレス

---

10. 正式な代理人の署名

11. 日付

12.  私が患者の代理人として行動する法的権限を証明する書類を添付しました。（該当する場合はチェックしてください）。