

## 病院請求苦情フォーム

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ オンラインから苦情を申し立てることができます：[HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).
- ✓ 苦情に関する無料相談は、Health Consumer Alliance by visiting [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org), にアクセスするまたは、(888) 804-3536まで電話でお問い合わせください。
- ✓ HCAIが病院から医療費の支払いを不当に拒否されたか否かを調査するには、この苦情を申し立てる前に、すでに割引支払いやチャリティーケアを申請されてなければなりません。
- ✓ 書類を郵送する場合は、書類の写しのみを同封してください。原本を送付された場合、返却されない可能性があります。

## セクション1：患者情報

1. 名、ミドルネーム、姓 \_\_\_\_\_ 2. ご希望の名前（任意） \_\_\_\_\_
3. 性別:  女性  男性  不明  言いたくない
4. 生年月日: \_\_\_\_\_ 5. 患者は故人ですか？  はい  いいえ
6. 患者は未成年ですか？  はい  いいえ
7. 未成年の患者については、親または法定後見人の氏名をご記入ください: \_\_\_\_\_

8. 郵送先住所、市町村、都道府県、郵便番号（5桁）、国名 \_\_\_\_\_

9. 主電話番号 \_\_\_\_\_ 10. 副電話番号 \_\_\_\_\_ 11. Eメールアドレス \_\_\_\_\_

12. 18歳未満の児童の親または法定後見人以外の誰かが、苦情の申し立てを手伝っていますか？

はい  いいえ

「はい」の場合は、委任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

18歳以上の患者については、配偶者、同居パートナー、21歳未満の被扶養子女（同居の有無は問わない）の氏名、年齢、続柄を記入してください。18歳未満の患者については、両親、監護者である親族、両親または監護者である親族の21歳未満のその他の子供の氏名、年齢、続柄を記入してください。（家族が6人以上いる場合は、10ページの補遺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.			
6.			

## セクション3：病院情報

13. 病院名: \_\_\_\_\_

14. 住所、市町村、都道府県、郵便番号（5桁）

15. 入院日: \_\_\_\_\_ 16. 退院日: \_\_\_\_\_

17. 病院から見積書を受け取りましたか？  はい  いいえ

「はい」の場合、根拠となる書類があれば添付してください。

18. 病院が請求を行った診療日? \_\_\_\_\_

複数の入院または複数の個別の診療日がある場合は、別の申し立てを提出してください。

19. 問題となっている診療に対して支払いを行いましたか？  はい  いいえ  不明

「はい」の場合、根拠となる書類と最後の支払日（あれば）を記入してください。: \_\_\_\_\_

## セクション4：ヘルスプラン情報

20. 病院の診療は、第三者による負傷（自動車事故、犯罪、業務上の負傷など）に関連したもので  
か？  はい  いいえ  不明21. 当該診療日のいずれかにおいて、医療プラン、保険プラン、および/または政府保険プログラム（  
Medi-Cal、Medicare、Medicare Supplemental Insuranceなど）に加入していましたか？ はい  いいえ  不明「はい」の場合、それぞれの保険について、保険プラン名、保険発効日、会員ID番号を記載し、可能  
であれば以下の保険タイプにチェックを入れてください。

主たる保険会社	加入日	会員ID番号
<input type="checkbox"/> 民間/企業 <input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance	

従たる保険会社	加入日	会員ID番号
<input type="checkbox"/> 民間/企業 <input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance	

その他の保険の適用	加入日	会員ID番号
<input type="checkbox"/> 民間/企業 <input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance	

その他の保険の適用	加入日	会員ID番号
<input type="checkbox"/> 民間/企業 <input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance	

22. ヘルスプラン、保険プラン、および/または政府保険プログラムは、病院が請求した診療に対する請求手続きを行いましたか？  はい  いいえ  該当なし  不明

23. 「はい」の場合、患者は拒否されたことについて、医療保険、保険プラン、または政府保険プログラムに苦情を申し立てましたか？  はい  いいえ  該当なし  不明

「はい」の場合、医療保険、保険プラン、または政府保険プログラムからの決定書の写しと、苦情または不服申し立てが解決された日付（あれば）も含めてください。

24. 苦情または提訴が解決された日付（該当しており、判明している場合）： \_\_\_\_\_

#### セクション 5：債権回収情報

25. 病院はこの医療負債を債権回収業者に売却、または債権回収業者に売却する恐れがありますか？  
 はい  いいえ  不明

26. 「はい」の場合、その債務は信用情報機関に報告されている、または信用情報/スコアに影響を与えていますか？

はい  いいえ  不明  該当なし

「はい」の場合、信用報告書の写しを提出してください。

27. 債権回収業者の名前、該当し、判明している場合： \_\_\_\_\_

28. 債権が回収業者に売却された日付、該当し、判明している場合： \_\_\_\_\_

29. 口座番号、該当し、判明している場合： \_\_\_\_\_

この申し出を提出する際に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。

\_\_\_\_\_  
患者の氏名（印刷）

\_\_\_\_\_  
患者または法定代理人の署名

注意：患者が医療および/または経済的な意思決定ができない場合、代理人を立てて苦情を処理したい場合、または患者が死亡している場合は、添付の委任代理人フォームに記入してください。患者の有効な署名がない場合、委任された代理人は、患者の委任された代理人として行動する法的権限を証明する文書（委任状、保佐文書、遺言執行者の任命状など）を提出する必要があります。

## セクション6:情報の公開

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

私、[活字体で記入した患者名] \_\_\_\_\_ は、[活字体で記入した病院名] \_\_\_\_\_ に対して、病院公正請求法および関連規制を遵守していたかどうかを判断する目的で、財務情報、請求、医療、精神衛生、薬物使用障害、HIV、画像診断報告、および私が申し立てた、または私のために申し立てられた苦情に関連するその他の記録を含む（ただしこれらに限定されない）私の完全な医療記録を、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）と共有することを許可します。

薬物使用障害の記録がある場合、その記録は、守秘義務および薬物使用障害患者記録に関する連邦規則42 C.F.R.（連邦規則集）第2部、および1996年医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律（HIPAA）45 C.F.R.（連邦規則集）第160条および第164条の下で保護されており、規則で別段の定めがない限り、私の書面による同意なしに開示されることはないことを理解します。

私の健康に関する情報を共有するこの承認は、HCAIにおける私の苦情が解決するまで有効です。私は、健康情報を共有するための本承認をいつでも撤回することが許可されていること、また書面にて下記宛に郵送することにより撤回することができることを理解したものとします：

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

特に撤回しない限り、この承認は、私がこの書面に署名した日から12ヶ月後、または私の苦情が解決された時のいずれか早い時点で失効します。ただし、HBCPまたは他者が、医療情報の開示に関して、事前に私の同意を得ている場合は、この限りではありません。

私は、健康に関する情報の開示へのこの承認が任意であることを理解していますが、HBCPは、この開示に署名することなく、病院の請求に関する私の苦情を処理することはできません。

法律で要求されない限り、カリフォルニア州法は、HCAIが改めて承認を得ない限り、HCAIが私の健康情報をさらに開示することを禁止しています。私は、自分の健康に関する情報の開示を法的に守秘義務のない者に許可した場合、その情報が州または連邦の守秘義務法によって保護されなくなる可能性があることを理解しています。

私は、この承認の写しを受け取る権利があることを理解しています。

患者の署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

氏名を記入: \_\_\_\_\_

未成年者の保護者、法定後見人、医療代理人など、個人を代理して行動する法的権限を持つ人が本書式を記入する場合は、以下の情報を記入してください：

記入者氏名: \_\_\_\_\_

記入者の署名: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_

この人物が本書式に署名する法的権限をどのように有しているか、以下に説明してください。 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 人口統計情報

以下の人口統計学的質問は、報告および分析の目的でのみ使用されます。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、申し立ての結果に影響を与えることはありません。

### 1. 言語

ご希望の言語: \_\_\_\_\_

ご希望の言語でのコミュニケーションをご希望ですか？  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？

該当するカテゴリーおよびサブカテゴリーをすべて選択し、その他の詳細があれば下の空欄に記入してください。複数のグループを回答することもできます。

アメリカ先住民またはアラスカ先住民

以下に詳細をご記入ください。

ナバホ族  自由記入: \_\_\_\_\_

アジア人またはアジア系アメリカ人

以下に詳細をご記入ください。

アジア系インド人  カンボジア人  中国系  フィリピン人  モンゴル人  日本人  
 韓国人  ラオス人  パキスタン人  ベトナム人  自由記入: \_\_\_\_\_

黒人またはアフリカ系アメリカ人

以下に詳細をご記入ください。

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  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  
 自由記入: \_\_\_\_\_

ヒスパニックまたはラテン系

以下に詳細をご記入ください。

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  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  サルバドル人  
 スペイン人  自由記入: \_\_\_\_\_

中東またはアフリカ北部

以下に詳細をご記入ください。

アフガン人  アルジェリア人  アメリカ人  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  
 自由記入: \_\_\_\_\_

**ハワイ先住民または太平洋諸島民** 

以下に詳細をご記入ください。

- チャモロ人  チューク人  フィジー人  グアマニア人  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  自由記入 : \_\_\_\_\_

**白人** 

以下に詳細をご記入ください。

- 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  
 自由記入 : \_\_\_\_\_

**3. 性自認**

以下に詳細をご記入ください。

- 女性  男性  FtM/トランスジェンダー男性/トランス男性  
 MtF/トランスジェンダー女性/トランス女性  ジェンダーキア（男性でも女性でもない）  
 わからない/言いたくない  自由記入 : \_\_\_\_\_

## 1977年情報慣行法に関する通知

1977年情報慣行法（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：

- 医療安全法第127436条は、医療アクセス情報局（HCAI）に、病院の割引支払いおよび/またはチャリティーケア方針に関する病院請求の苦情を調査する権限を与えています。
- HCAIのHospital Fair Billing Programは、あなたの個人情報を、病院の請求に関する申し立てを調査する目的で使用します。
- 当該情報は、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。ただし、要求された情報を開示しない場合、HCAIはあなたの申し立てを調査できないことがあります。
- HCAIは、必要に応じて、申し立てを調査するために、あなたの個人情報を病院やプロバイダーと共有することがあります。
- HCAIはまた、法律により要求または許可される場合、あなたの情報を他の政府機関と共有する可能性があります。
- あなたには、自分の個人情報を見る権利があります。HCAIが管理する個人を特定できるデータの保護に関して、さらに情報が必要な場合、またはご質問がある場合は、個人情報保護管理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/)

### 申し立てする前に

医療費の支払いを病院から不当に拒否されたかどうかをHCAIに調査を依頼する場合は、診療を受けた病院ですでに経済的支援を申請している必要があります。まだ病院に申請していない場合は、申請方法について病院に問い合わせてください。支援を希望する場合は、Health Consumer Alliance（888-804-3536）に電話するか、[healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) にアクセスして詳細をご確認ください。

### 申し立て方法

1. [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov)でオンライン申告します（これが最も早く申告できる方法です）。  
オンラインの指示に従って、申し立てフォームに署名してください。
2. 委任代理人を指定する場合は、「委任代理人フォーム」に必要事項を記入してください。
3. 直近のW-2または6ヶ月分の給与明細のコピーを添付してください。
4. 下記の書類など、あなたの申し立てを支持する他の書類を添付することができます：
  - 病院側からの見積書。
  - 請求された診療に対する支払いを示す書類。
  - 請求された診療に関する医療保険制度または政府保険プログラムとのやり取り。
  - 医療債務が回収に回された、または回収に回される恐れがあることを証明する書類。
  - クレジットスコアに影響がある場合は、クレジットレポートの写し。



なお、申し立てに記載された診療日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、申し立て書と必要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

## 家族の人数追加

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

ご家族の人数が多い場合は、このページにご記入ください。さらに記入欄が必要な場合は、このページをコピーして申し立て書に添付してください。

### 家族情報

18歳以上の患者については、配偶者、同居パートナー、21歳未満の被扶養子女（同居の有無は問わない）の氏名、年齢、続柄を記入してください。

18歳未満の患者については、両親、監護者である親族、両親または監護者である親族の21歳未満のその他の子供の氏名、年齢、続柄を記入してください。（家族が6人以上いる場合は、10ページの補遺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.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

## 認定代理人フォーム

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- あなたの苦情に関して、あなたの代理をする許可やあなたをサポートする許可を別の人物に与えたい場合は、以下のパートAとパートBを記入してください。
- **あなたが18歳未満の子供のためにこの苦情を提出しようとしている親または法的な保護者である場合には、このフォームに記入する必要はありません。**
- あなたがこの苦情を患者のために提出していて、その患者のために法律によって指定されている場合は、パートBのみを記入してください。患者の認定代理人として活動する法的権限をあなたに与えている書類のコピーを必ず添付しなければなりません。

### パートA：患者によって記入

私は、パートBに氏名が記載されている人物に、医療アクセス情報(HCAI)部門に提出した私の苦情に関連して、代理で活動することを許可します。私は、HCAIのスタッフに、私の経済情報と、医学的状态の情報、および関連するケアを、以下に氏名が記載されている人物と共有することを許可します。私は、こういった情報に経済情報や、請求、医療、精神的健康、物質濫用、HIV、画像診断レポート、およびこの苦情に関連した他の記録が含まれる可能性があることを理解し、それを認めます。

私はこの代理人認定を自らの意思で行っており、この認定を終了できる権利を有しています。私は、この認定を終了させたい場合、自ら書面でその旨を表明しなければなりません。

---

1. 患者の署名

---

2. 患者の活字体の氏名

3. 日付: \_\_\_\_\_

### パートB：患者をサポートする人物によって記入

4. 患者の氏名: \_\_\_\_\_

5. 認定代理人の氏名: \_\_\_\_\_

6. 患者との関係: \_\_\_\_\_

---

7. 郵送先住所、都市、州/都道府県、郵便番号(5桁)、国名

---

8. 電話番号

---

9. Eメールアドレス

---

10. 認定代理人の署名

---

11. 日付

12.  この患者の認定代理人として行動するための法的権限に関する私の書類が添付されています。(該当する場合はチェックしてください)。