

## 병원 진료비 불만 신고서

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

- 다음 웹사이트에서 온라인으로 불만을 제출할 수 있습니다: [hcai.ca.gov/HospitalBillHelp](http://hcai.ca.gov/HospitalBillHelp).
- 불만 사항과 관련하여 무료 지원을 받으시려면 [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)를 방문하여 Health Consumer Alliance에 연락하시거나 (888) 804-3536으로 문의하실 수 있습니다.
- 이 프로그램은 일반적인 청구 및 수수료 분쟁, 가격 투명성, 선의의 예상 비용 견적(Good Faith Estimates), 또는 응급실 서비스 제공자(시설 이용료 제외)의 청구에 대해서는 관할권(권한)이 없습니다.
- 서류를 우편으로 제출하시는 경우, 반드시 서류의 사본만 포함해 주시기 바랍니다. 원본은 보내지 마십시오. 원본은 반환되지 않습니다.

#### 섹션 1: 환자 정보

1. 이름, 중간 이름, 성

3. 성별:  여성  남성  모름  답변하고 싶지 않음

4. 생년월일: \_\_\_\_\_

6. 환자가 미성년자인가요?  예  아니오

7. 미성년자 환자의 경우, 부모 또는 법정 보호자의 이름을 기재해 주십시오: \_\_\_\_\_

8. 우편 주소, 시, 주, 우편번호(5자리), 국가명

9. 주 연락처 전화번호

10. 보조 연락처 전화번호

11. 이메일 주소

12. 18세 미만 아동의 부모 또는 법정 보호자가 아닌 다른 사람이 불만 접수를 도와주고 있습니까?

 예  아니오

'예'인 경우, 12페이지에 있는 권한 위임 대리인 양식을 작성해 주십시오.

#### 섹션 2: 가족 정보 (병원 서비스 제공 시점 기준)

13. 가족 수: \_\_\_\_\_

18세 이상의 환자의 경우, 가족에는 배우자, 동거 파트너, 그리고 21세 미만의 부양 자녀, 또는 장애가 있는 경우 연령 관계없이 부양 자녀로서, 동거 여부와 관계없이 포함됩니다. 18세 미만의 환자 또는 18-20세의 부양 자녀인 경우, 가족에는 다음이 포함됩니다: 부모, 보호자 친척, 그리고 부모 또는 보호자 친척의 21세 미만의 다른 부양 자녀, 또는 장애가 있는 경우 연령에 관계없이 포함됩니다. 가족 구성원이 다섯 명을 초과하는 경우, 11페이지의 추가 서식을 작성해 주십시오.

| 번호 | 성명 | 나이 | 환자와의 관계: |
|----|----|----|----------|
| 1. |    |    |          |
| 2. |    |    |          |
| 3. |    |    |          |
| 4. |    |    |          |
| 5. |    |    |          |

### 섹션 3: 병원 정보

14. 병원명: \_\_\_\_\_

15. 주소, 시, 주, 우편번호(5자리): \_\_\_\_\_

16. 병원이 청구한 서비스 제공 일자: \_\_\_\_\_

가능한 경우, 청구서 사본을 제출해 주십시오.

17. 해당 서비스에 대해 이미 지불한 금액이 있습니까?  예  아니오  모름

'예'인 경우, 가능한 경우 관련 증빙 서류와 마지막 납부일을 제출해 주십시오: \_\_\_\_\_

18. 이 불만을 제기하기 전에 병원에 할인 납부 및/또는 자선 진료(charity care)를 신청하셨습니까?

예  아니오

'아니오'인 경우, 섹션 4로 이동하십시오. '예'인 경우, 해당 서비스에 대해 처음 청구를 받은 날짜 또는 그 이전 12개월 동안의 가족 소득을 기재해 주십시오.

환자 가족의 소득: \_\_\_\_\_

주간  격주  월간  연간  기타: \_\_\_\_\_

19. 재정 지원 신청서를 제출한 날짜: \_\_\_\_\_

20. 재정 지원 신청이 거절되었습니까?  예  아니오

'예'인 경우, 해당되는 경우 이의신청 날짜: \_\_\_\_\_

### 섹션 4: 건강 보험 정보

21. 병원 서비스 중 일부라도 산재보험, 자동차 보험, 또는 위에 기재되지 않은 기타 보험으로 보장된 부분이 있습니까?  예  아니오  모름

22. 해당 서비스 기간 중 어느 날짜라도 건강 보험, 민간 보험 및/또는 정부 보험 프로그램(예: 메디-캘, 메디케어, 메디케어 보충 보험 등)에 가입되어 있습니까?  예  아니오  모름

'예'인 경우, 각 보험 유형별로 보험명, 보장 유효 기간, 가입자 ID 번호를 기재하고, 가능한 경우 아래의 보험 유형 체크박스에 표시해 주십시오.

|   |       |           |
|---|-------|-----------|
| 주요 보험   | 보장 기간 | 가입자 ID 번호 |
| <input type="checkbox"/> 민간/고용주 보험 <input type="checkbox"/> 메디-캘(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance) |       |           |
| 보조 보험   | 보장 기간 | 가입자 ID 번호 |
| <input type="checkbox"/> 민간/고용주 보험 <input type="checkbox"/> 메디-캘(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance) |       |           |
| 보조 보험   | 보장 기간 | 가입자 ID 번호 |
| <input type="checkbox"/> 민간/고용주 보험 <input type="checkbox"/> 메디-캘(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance) |       |           |
| 보조 보험   | 보장 기간 | 가입자 ID 번호 |
| <input type="checkbox"/> 민간/고용주 보험 <input type="checkbox"/> 메디-캘(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance) |       |           |

23. 병원이 청구한 해당 서비스에 대해 건강 보험, 민간 보험 및/또는 정부 보험 프로그램이 청구를 처리한 적이 있습니까?

예  아니오  해당 없음  모름

#### 섹션 5: 채권 추심 관련 정보

24. 병원이 이 의료비 채권을 추심 기관에 매각했습니까, 또는 추심 절차로 넘어갈 위험이 있습니까?

예  아니오  모름

25. '예'인 경우, 해당 채무가 신용평가 기관에 보고되었거나 신용 보고서/신용 점수에 영향을 미쳤습니까?

예  아니오  모름  해당 없음

'예'인 경우, 신용보고서 사본을 제출해 주시기 바랍니다.

26. 해당되는 경우 그리고 가능한 경우, 채무가 추심 기관에 매각된 날짜 또는 병원 진료비가 추심 절차로 넘어갈 수 있다는 통지를 받은 날짜: \_\_\_\_\_

#### 섹션 6: 불만 내용 정보

불만 내용에 대한 설명: \_\_\_\_\_

본 불만을 제출하면서 본인이 제공한 모든 정보는 본인이 알고 있는 한도 내에서 사실이며 정확합니다.

---

환자 성명 (정자체로 기재)

---

환자 또는 법정 대리인 서명

**유의 사항:** 불만 양식이 법정 대리인에 의해 서명되는 경우, 권한 위임 대리인(Authorized Representative) 양식을 반드시 작성해야 합니다.

본인은 2024년 1월 1일 이전에 발생한 사안에 대해서는 당부서가 제 불만을 주 공중보건국으로 전달하는 것에 동의합니다.  예  아니오

## 섹션 7 정보 제공 동의서

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

본인, [환자 성명 정자체로 기재] \_\_\_\_\_ 은(는) [병원명 정자체로 기재] \_\_\_\_\_ 이(가) 본인이 제기했거나 또는 본인의 명의로 제기된 불만과 관련하여, 해당 병원이 공정청구법 및 관련 규정을 준수했는지 여부를 판단하기 위해, 재정 정보, 청구 결제 내역, 의료 기록, 정신건강 기록, 약물사용장애 관련 기록, HIV, 관련 기록, 진단 영상 보고서를 포함하되 이에 국한되지 지않는 전체 건강 기록 및 기타 관련 기록을 캘리포니아주 보건의료 접근 및 정보국(HCAI)의 병원진료비 프로그램(HBCP)과 공유하는 것에 동의합니다.

본인은 해당되는 경우 본인의 약물사용장애 관련 기록이, 연방 규정인 물질사용장애 환자 기록의 비밀보호 규정, 42 C.F.R. Part 2 및 1996년 건강 보험 이동성 및 책임에 관한 법률(HIPAA), 45 C.F.R. 파트 160 및 파트 164에 따라 보호되며, 관련 규정에 사 달리 정한 경우를 제외하고는 본인의 서면 동의 없이는 공개될 수 없음을 이해합니다.

본 건강 정보 공유에 대한 동의는 HCAI에 제출한 본인의 불만이 해결될 때까지 유효합니다. 본인은 건강 정보 공유에 대한 이 동의를 언제든지 철회할 수 있으며, 우편을 통해 서면으로 다음 주소로 통지함으로써 철회할 수 있음을 이해합니다.

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

달리 철회되지 않는 한, 이 동의서는 본 양식에 서명한 날로부터 12개월 후 또는 본인의 불만 사항이 종료되는 시점 중 더 이른 날짜에 만료됩니다. 철회 요청은 HBCP가 본인의 서면 요청을 접수하는 시점부터 효력이 발생하며, 단 HBCP 또는 다른 기관이 이미 본인의 이전 동의에 근거하여 의료정보 공개에 의존한 범위에 대해서는 예외로 합니다.

본인은 건강 정보 공개에 대한 이 동의가 자발적인 것임을 이해하지만, 이 동의서에 서명하지 않을 경우 HBCP가 병원 진료비 관한 본인의 불만을 처리할 수 없다는 점을 이해합니다.

법률에서 요구되는 경우를 제외하고 캘리포니아 법은 HCAI가 추가적인 동의를 받지 않는 한 본인의 건강 정보를 추가로 공개하는 것을 금지하고 있음을 이해합니다. 본인은 비밀을 유지할 의무가 법적으로 요구되지 않는 사람에게 본인의 건강 정보의 공개를 허용한 경우, 해당 정보가 주 또는 연방의 비밀보호 법률에 의해 더 이상 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.

본인은 이 동의서의 사본을 받을 권리가 있음을 이해합니다.

환자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

이름을 정자체로 기재: \_\_\_\_\_

이 양식이 미성년자의 부모나 법정 보호자, 또는 의료 대리인 등 개인을 대신하여 법적 권한을 가진 사람에 의해 작성되는 경우, 다음 정보를 작성해 주시기 바랍니다:

이 양식을 작성한 사람의 이름: \_\_\_\_\_

이 양식을 작성한 사람의 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

아래에 이 사람이 이 양식에 서명할 수 있는 법적 권한을 가진 이유를 설명해 주십시오:

---

## 인구통계학적 정보

다음 인구통계학적 질문은 보고 및 분석 목적으로만 사용됩니다. 이 정보는 선택 사항입니다. 이 정보를 제공하지 않더라도, 귀하의 불만 처리 결과에는 어떠한 영향도 미치지 않습니다.

### 1. 언어

선호하는 사용 언어: \_\_\_\_\_

귀하가 선호하는 언어로 연락받기를 원하십니까?  예  아니오

### 2. 인종 및/또는 민족

귀하의 인종 및/또는 민족은 무엇입니까?

해당되는 모든 범주와 하위 범주를 선택하고, 아래의 빈칸에 추가 세부 사항을 기재해 주십시오. 참고로, 하나 이상의 집단을 선택하여 신고할 수 있습니다.

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

나바호 네이션  직접 작성: \_\_\_\_\_

아시아인 또는 아시아계 미국인

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

아시아계 인도인  캄보디아인  중국인  필리핀인  몽족  일본인  한국인

라오스인  파키스탄인  베트남인  직접 작성: \_\_\_\_\_

흑인 또는 아프리카계 미국인

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

아프리카계 미국인  바베이도스인  에티오피아인  가나인  아이티인  자메이카인  케냐인

나이지리아인  소말리아인  남아프리카공화국인  수단인  직접 작성: \_\_\_\_\_

히스패닉 또는 라티나/라티노

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

콜롬비아인  쿠바인  도미니카인  에콰도르인  과테말라인  온두라스인

멕시코인 또는 멕시코계 미국인  푸에르토리코인  엘살바도르인  스페인인

직접 작성: \_\_\_\_\_

중동 또는 북아프리카인

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

아프가니스탄인  알제리인  아르메니아인  이집트인  이란인  이라크인

이스라엘인  쿠르드인

레바논인  모로코인  시리아인  직접 작성: \_\_\_\_\_

**하와이 원주민 또는 태평양 제도 주민** 

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

- 차모로인  추크인  피지인  괌 원주민  마셜인  하와이 원주민  팔라우인  
 사모아인  타히티인  통가인  직접 작성: \_\_\_\_\_

**백인** 

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

- 네덜란드인  영국인  프랑스인  독일인  아일랜드인  이탈리아인  노르웨이인  폴란드인  
 포르투갈인  러시아인  스코틀랜드인  직접 작성: \_\_\_\_\_

**3. 성 정체성**

아래에 세부 사항을 기재해 주십시오.

- 여성  남성  여성에서 남성/트랜스젠더 남성/트랜스 남성  
 남성에서 여성으로/트랜스젠더 여성/트랜스 여성  
 젠더퀴어(남성이나 여성 중 어느 한쪽에도 속하지 않음)  모름/응답하고 싶지 않음  
 직접 작성: \_\_\_\_\_

## 1977년 정보 처리 관행법(INFORMATION PRACTICES ACT) 안내

1977년 정보 처리 관행법(캘리포니아 민법 제1798.17조)에 따라 다음과 같은 고지가 필요합니다:

- 보건 및 안전법 제127436조는 보건의료 접근 및 정보국(HCAI)에 병원의 할인 납부 및/또는 자선 진료 정책과 관련된 병원 진료비 불만 사항을 조사할 권한을 부여합니다.
- HCAI의 병원 공정 청구 프로그램은 귀하의 개인정보를 병원 진료비 불만 사항을 조사하는데 사용합니다.
- 이 정보는 의무 사항은 아니지만, 자발적으로 HCAI에 제공할 수 있습니다. 그러나 요청된 정보를 제공하지 않을 경우, HCAI가 귀하의 불만 사항을 조사하지 못할 수 있습니다.
- HCAI는 귀하의 불만 사항을 조사하기 위해 필요한 경우, 병원 및 의료 서비스 제공자와 귀하의 개인정보를 공유할 수 있습니다.
- HCAI는 법률에 따라 요구되거나 허용되는 경우, 다른 정부 기관과도 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 귀하는 본인의 개인정보를 열람할 권리가 있습니다. HCAI가 보관 관리하는 개인식별정보의 개인정보 보호와 추가 정보가 필요하거나 문의 사항이 있는 경우, 다음 연락처로 개인정보 보호 책임자에게 문의하시기 바랍니다:

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/)

### 제출 전에 확인하십시오

HCAI가 병원이 의료비 지원을 부당하게 거부했는지 여부를 조사하기를 원하시는 경우, 해당 의료 서비스를 받은 병원에서 이미 재정 지원을 신청하셨어야 합니다. 아직 병원에 신청하지 않으셨다면, 신청 방법에 대한 추가 정보를 얻기 위해 해당 병원에 문의하시기 바랍니다. 도움이 필요하신 경우, Health Consumer Alliance에 (888) 804-3536으로 전화하시거나, 자세한 정보는 [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)를 방문하시기 바랍니다.

### 제출 방법

1. [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov)에서 온라인으로 제출하십시오(가장 빠른 제출 방법입니다).  
온라인 안내에 따라 불만 양식을 작성하고 서명하십시오.
2. 권한 위임 대리인을 사용하는 경우, '권한 위임 대리인 양식'을 작성하십시오.
3. 최근 세금 신고서 사본 또는 최근 급여 명세서 사본을 첨부하십시오.
4. 다음과 같은 요청을 뒷받침하는 기타 서류를 함께 제출할 수 있습니다:
  - 병원에서 제공한 서면 견적서.

- 청구된 서비스에 대해 지불한 금액을 증명하는 모든 서류.
- 청구된 서비스와 관련하여 귀하의 건강 보험 또는 정부 보험 프로그램과 주고 받은 모든 서신 또는 연락 기록.
- 의료비 채무가 추심 기관에 매각되었음 또는 추심 절차로 넘어갈 위험이 있음을 입증하는 자료.
- 신용 점수에 영향을 받은 경우, 신용 보고서 사본.

귀하의 불만에 기재된 서비스 날짜와 관련된 서류만 심사 대상이 된다는 점에 유의하십시오.

5. 온라인으로 제출하지 않는 경우, 불만 신고서와 모든 관련 증빙 서류를 다음 주소로 우편 발송해 주시기 바랍니다:

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

## 추가 가족 구성원 부록

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

추가 가족 구성원을 기재하는 경우, 이 페이지를 작성해 주십시오. 더 많은 공간이 필요한 경우, 이 페이지를 추가로 복사하여 볼만 사항과 함께 제출해 주시기 바랍니다.

### 가족 정보

18세 이상의 환자의 경우, 가족에는 배우자, 동거 파트너, 그리고 21세 미만의 부양 자녀, 또는 장애가 있는 경우 연령 관계없이 부양 자녀로서, 동거 여부와 관계없이 포함됩니다. 18세 미만의 환자 또는 18-20세의 부양 자녀인 경우, 가족에는 다음이 포함됩니다: 부모, 보호자 친척, 그리고 부모 또는 보호자 친척의 21세 미만의 다른 부양 자녀, 또는 장애가 있는 경우 연령에 관계없이 포함됩니다.

| 번호  | 성명 | 나이 | 환자와의 관계: |
|-----|----|----|----------|
| 1.  |    |    |          |
| 2.  |    |    |          |
| 3.  |    |    |          |
| 4.  |    |    |          |
| 5.  |    |    |          |
| 6.  |    |    |          |
| 7.  |    |    |          |
| 8.  |    |    |          |
| 9.  |    |    |          |
| 10. |    |    |          |
| 11. |    |    |          |
| 12. |    |    |          |
| 13. |    |    |          |
| 14. |    |    |          |

## 권한 위임 대리인 양식

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

- 다른 사람에게 귀하를 대리하거나 불만 처리를 도와줄 권한을 부여하려는 경우, 아래의 파트 A와 B를 모두 작성해 주십시오.
- 18세 미만의 아동을 대신하여 부모 또는 법정 보호자가 이 불만을 제출하는 경우에는, 이 양식을 작성하실 필요가 없습니다.
- 환자를 대신하여 이 불만을 제출하며, 법률에 따라 환자를 대리할 권리가 있는 경우, 파트 B만 작성해 주시기 바랍니다. 환자의 권한 위임 대리인으로서 행동할 수 있는 법적 권한을 부여하는 증빙 서류 사본을 반드시 첨부해야 합니다.

### 파트 A 환자가 작성함

본인은 아래 파트 B에 기재된 사람이 보건의료 접근 및 정보국(HCAI)에 제출한 본인의 불만과 관련하여 본인을 대리하여 행동하는 것을 허용합니다. 본인은 HCAI 직원이 아래에 기재된 사람과 본인의 재정 정보 및 본인의 건강 상태와 관련된 진료 정보를 공유하는 것을 허용합니다. 본인은 본 기록에는 재정 정보, 청구 결제 내역, 의료 기록, 정신 건강, 약물 남용, HIV, 진단 영상 보고서 및 불만과 관련된 기타 기록을 포함할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

이 대리에 대한 본인의 승인은 자발적인 것이며, 본인은 이를 종료할 권리가 있습니다. 이를 종료하려면, 서면으로 통지해야 합니다.

---

1. 환자 서명

2. 환자 성명 정자체로 기재

3. 날짜: \_\_\_\_\_

### 파트 B 환자를 돋는 사람이 작성함

4. 환자 성명: \_\_\_\_\_

5. 권한 위임 대리인 성명: \_\_\_\_\_

6. 환자와의 관계: \_\_\_\_\_

---

7. 우편 주소, 시, 주, 우편번호(5자리), 국가명

---

8. 전화번호

9. 이메일 주소

---

10. 권한 위임 대리인 서명

11. 날짜

12.  환자의 권한 위임 대리인으로서 행동할 수 있는 법적 권한을 증명하는 서류를 첨부했습니다. (해당되는 경우 체크하십시오).