

醫院帳單投訴表

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

- 您可以在此網站線上提出投訴：hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- 如需關於您投訴的免費協助，您可以造訪 healthconsumer.org，或致電 (888) 804-3536。
- 本計畫對一般帳單與費用爭議、價格透明度、誠信估價或急診室提供者之帳單（不包括設施費）不具有管轄權（權限）。
- 如果您以郵寄方式提交文件，請僅附上文件副本。請勿發送原件，否則將不會退還。

第 1 部分：患者資訊

1. 名字、中間名、姓氏
2. 偏好名稱 (選填)
3. 性別：☐ 女 ☐ 男 ☐ 不知道 ☐ 不願透露
4. 出生日期：_____
5. 患者是否已故？☐ 是 ☐ 否
6. 患者是否為未成年人？☐ 是 ☐ 否
7. 若為未成年患者，請正楷書寫其家長或法定監護人的姓名：_____
8. 郵寄地址、城市、州、郵遞區號 (5 位數)、國家名稱
9. 主要電話號碼
10. 備用電話號碼
11. 電子郵件地址
12. 是否由父母或法定監護人以外的人幫助您提交投訴（適用於 18 歲以下之兒童）？☐ 是 ☐ 否
若是，請填寫第 11 頁的《授權代表表格》。

第 2 部分：家庭資訊（接受醫院服務時）

13. 家庭人數：_____

對於年滿 18 歲的患者，家庭成員包括以下人員：配偶、同居伴侶，以及 21 歲以下的受扶養子女；如屬殘疾人士，則不論年齡，也不論是否與患者同住。對於未滿 18 歲的患者，或 18 至 20 歲之受扶養子女，家庭成員包括以下人員：父母、照護親屬，以及父母或照護親屬之其他 21 歲以下的受扶養子女；如屬殘疾人士，則不論年齡。如需列出超過五名家庭成員，請填寫第 10 頁的附頁。

序號	全名	年齡	與患者的關係
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

第 3 部分：醫院資訊

14. 醫院名稱：_____

15. 地址、城市、州、郵遞區號 (5 位數)：_____

16. 醫院開具帳單的服務日期：_____

如有任何帳單，請提供副本。

17. 您是否已經為相關服務支付任何款項？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

若是，請提供證明文件以及最後一次付款日期 (如有)：_____

18. 在提交本投訴之前，您是否已向醫院申請過折扣付款和/或慈善醫護？ ☐ 是 ☐ 否

若否，請跳至第 4 部分。若是，請提供您首次收到服務帳單之日或首次收到服務帳單之日前 12 個月內的家庭收入。

患者的家庭收入：_____

☐ 每週 ☐ 每兩週 ☐ 每月 ☐ 每年 ☐ 其他：_____

19. 您提交財務援助申請的日期：_____

20. 您的財務援助申請是否遭到拒絕？ ☐ 是 ☐ 否

如是，上訴日期 (如適用)：_____

第 4 部分：健保計劃資訊

21. 醫院提供的任何部分服務是否由工傷保險、汽車保險，或上述未列明的其他保險承保？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

22. 在任何相關服務日期期間，您是否參加了健保計畫、保險計畫和/或政府保險項目 (例如，Medi-Cal (加州醫療補助)、Medicare (聯邦醫療保險)、Medicare 補充保險等)？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

若是，請就每一種保險類型列出計畫名稱、保險生效日期、會員 ID 號，並於下方勾選相應的保險類型 (如有)。

主要保險

☐ 商業/僱主 ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare 補充保險

保險有效期

會員 ID 號

次要保險

☐ 商業/僱主 ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare 補充保險

保險有效期

會員 ID 號

其他保險

☐ 商業/僱主 ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare 補充保險

保險有效期

會員 ID 號

其他保險

☐ 商業/僱主 ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare 補充保險

保險有效期

會員 ID 號

23. 健保計畫、保險計畫和/或政府保險項目是否已處理醫院所開具帳單中任何服務的理賠？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用 ☐ 不知道**第 5 部分：債務催收資訊**24. 醫院是否已將該醫療債務出售給催收機構，或您是否面臨被轉交至催收的風險？ ☐ 是 ☐ 否
☐ 不知道

25. 如果是，該債務是否已上報給徵信機構，或是否已影響您的信用報告/評分？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道 ☐ 不適用

若是，請提供您的信用報告副本。

26. 醫療債務被出售給催收機構的日期，或您被告知醫院帳單可能被轉交至催收的日期（如適用且可提供）： _____

第 6 部分：投訴資訊

關於您投訴事項的說明： _____

我在提交本投訴時提供的所有資訊，據我所知均屬真實且準確。

患者姓名（正楷）

患者或法定代理人簽名

請注意：如果投訴表由法定代理人簽署，則必須填寫本《授權代表表格》。關於 2024 年 1 月 1 日之前發生的相關問題，我授權本部門將我的投訴轉交州公共衛生部處理。☐ 是 ☐ 否

第 7 部分：資訊披露授權

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

我，[請以正楷填寫患者姓名] _____，特此同意並授權 [請以正楷填寫醫院名稱] _____ 向加州醫療保健可及性與資訊部（HCAI）的醫院帳單投訴計畫（HBCP）披露並共享我的完整健康記錄，包括但不限於與我提出或由他人代為提出的投訴相關的財務資訊、帳單資訊、醫療記錄、精神健康記錄、藥物成癮記錄、HIV 相關資訊、醫學影像報告及其他相關記錄，以供判斷上述醫院是否遵守《醫院公平計費法》及其相關法規。

我理解，我之藥物成癮相關記錄（如有）受聯邦關於保密性及《藥物成癮患者記錄》（《聯邦法規彙編》第 42 編第 2 部分）以及《1996 年健康保險可攜性與責任法》（HIPAA，*《聯邦法規彙編》第 45 編第 160 部分及第 164 部分*）之規定保護，除非另有法規規定，否則未經我書面同意不得披露。

本項關於共享我健康資訊的授權，於我向 HCAI 提出的投訴處理完結之前持續有效。我理解，我有權隨時撤銷本項資訊共享授權，並可透過書面形式郵寄撤銷申請至：

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

除非另行撤銷，本授權將於我簽署本表格之日起 12 個月後，或於我投訴結案時（以較早者為準）失效。撤銷授權自 HBCP 收到我書面撤銷申請時起生效，但 HBCP 或其他方於此之前已基於我先前同意而合理依賴並作出之資訊披露，不受影響。

我理解，本項健康資訊披露授權屬自願行為，但如未簽署本授權，HBCP 將無法處理我關於醫院帳單的投訴。

除法律另有要求外，加州法律禁止 HCAI 於未取得另一項授權之情況下，進一步披露我的健康資訊。我理解，如果我授權將健康資訊披露予依法無保密義務的個人或機構，該等資訊可能不再受州法或聯邦保密法律的保護。

我理解，我有權取得本授權書的副本。

患者簽名：_____ 日期：_____

請正楷書寫您的姓名：_____

如果本表格由依法有權代表他人行事的人填寫（例如未成年人的父母或法定監護人，或醫療代理人），請填寫以下資訊：

填表人姓名：_____

填表人簽名：_____

日期：_____

請在下面說明該人可簽署本表格的合法權限：

人口統計資訊

以下人口統計問題僅用於報告及分析目的。此等資訊為選填。如果您不希望提供該等資訊，將不會以任何方式影響您的投訴結果。

1. 語言

偏好的口語： _____

您是否希望我們使用您的偏好語言與您進行溝通？ ☐ 是 ☐ 否

2. 種族和/或族裔

您的種族和/或族裔？

請選擇所有適用的類別及子類別，並於下方空白處填寫任何補充說明。請注意，您可申報多個族群。

美國印第安人或阿拉斯加原住民 ☐

請在下面提供詳細資訊。

☐ 納瓦霍族 ☐ 自行填寫選項： _____

亞裔或亞裔美國人 ☐

請在下面提供詳細資訊。

☐ 亞洲印度裔 ☐ 柬埔寨裔 ☐ 華裔 ☐ 菲律賓裔 ☐ 苗族裔 ☐ 日本裔 ☐ 韓國裔

☐ 寮國裔 ☐ 巴基斯坦裔 ☐ 越南裔 ☐ 自行填寫選項： _____

黑人或非裔美國人 ☐

請在下面提供詳細資訊。

☐ 非裔美國人 ☐ 巴巴多斯裔 ☐ 衣索比亞裔 ☐ 迦納裔 ☐ 海地裔 ☐ 牙買加裔 ☐ 肯亞裔

☐ 奈及利亞裔 ☐ 索馬利亞裔 ☐ 南非裔 ☐ 蘇丹裔 ☐ 自行填寫選項： _____

西班牙裔或拉丁裔 ☐

請在下面提供詳細資訊。

☐ 哥倫比亞裔 ☐ 古巴裔 ☐ 多明尼加裔 ☐ 厄瓜多爾裔 ☐ 瓜地馬拉裔 ☐ 宏都拉斯裔

☐ 墨西哥裔或墨西哥裔美國人 ☐ 波多黎各裔 ☐ 薩爾瓦多裔 ☐ 西班牙裔

☐ 自行填寫選項： _____

中東或北非裔 ☐

請在下面提供詳細資訊。

☐ 阿富汗裔 ☐ 阿爾及利亞裔 ☐ 亞美尼亞裔 ☐ 埃及裔 ☐ 伊朗裔 ☐ 伊拉克裔 ☐ 以色列裔

☐ 庫爾德裔 ☐ 黎巴嫩裔 ☐ 摩洛哥裔 ☐ 敘利亞裔

☐ 自行填寫選項： _____

夏威夷原住民或太平洋島民 ☐

請在下面提供詳細資訊。

☐ 查莫羅裔 ☐ 丘克裔 ☐ 斐濟裔 ☐ 關島裔 ☐ 馬紹爾裔 ☐ 夏威夷原住民 ☐ 帛琉裔

☐ 薩摩亞裔 ☐ 大溪地裔 ☐ 東加裔 ☐ 自行填寫選項： _____

白人 ☐

請在下面提供詳細資訊。

☐ 荷蘭裔 ☐ 英國裔 ☐ 法國裔 ☐ 德國裔 ☐ 愛爾蘭裔 ☐ 義大利裔 ☐ 挪威裔 ☐ 波蘭裔

☐ 葡萄牙裔 ☐ 俄羅斯裔 ☐ 蘇格蘭裔 ☐ 自行填寫選項： _____

3. 性別認同

請在下面提供詳細資訊。

☐ 女 ☐ 男 ☐ 女變男 / 跨性別男性 / 變性男性

☐ 男變女 / 跨性別女性 / 變性女性

☐ 性別酷兒 (非完全男性亦非完全女性) ☐ 不知道 / 不願透露

☐ 自行填寫選項： _____

《1977 年資訊實務法》告知書

《1977 年資訊實務法》（《加州民法典》第 1798.17 條）要求作出以下告知：

- 《健康與安全法典》第 127436 條授權加州醫療保健可及性與資訊部（HCAI）調查與醫院折扣付款和/或慈善醫護政策相關的醫院帳單投訴。
- HCAI 的醫院公平計費計畫將使用您的個人資料以調查您的醫院帳單投訴。
- 您可自願向 HCAI 提供該等資訊，但並非強制要求。但是，如果您未提供請求的資訊，HCAI 可能無法對您的投訴進行調查。
- HCAI 可以在調查投訴所需的範圍內，與相關醫院及醫療服務提供者共享您的個人資料。
- 在法律要求或允許的情況下，HCAI 也可與其他政府機構共享您的資訊。
- 您有權查閱您的個人資料。如需進一步資訊，或對 HCAI 所維護的可識別個人資料的隱私事項有任何疑問，請聯絡隱私官：

Department of Health Care Access and Information

Privacy Officer

2020 West El Camino, Suite 800

Sacramento, CA 95833

Privacy.Officer@HCAI.ca.gov

hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

在您提交之前

如果您希望 HCAI 調查醫院是否不當拒絕向您提供醫療帳單支付方面的協助，您必須已於接受服務的醫院申請過財務援助。如果您尚未向醫院提出申請，請聯絡相關醫院以取得關於申請流程的更多資訊。如需協助，您可致電 (888) 804-3536 聯絡 Health Consumer Alliance，或造訪 healthconsumer.org 以取得更多資訊。

如何提交

1. 線上提交，網址為 HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov（此為最快的提交方式）。請依線上填表說明填寫並簽署《投訴表》。
2. 如果您使用授權代表，請填寫《授權代表表格》。
3. 請附上您最近一期的納稅申報表影本或近期的薪資單。
4. 您可以一併提交其他支持您申請的文件，包括但不限於：
 - 醫院出具的書面費用估算。

- 任何顯示您已就計費服務支付款項的證明文件。
- 您與健保計畫或政府保險計畫就相關計費服務往來的任何通訊紀錄。
- 證明醫療債務已被出售給催收機構或存在被轉交至催收風險的文件。
- 如果您的信用評分已受到影響，請附上信用報告副本。

請注意，僅會考量與您投訴中所列服務日期相關的文件。

5. 如果您未透過線上方式提交，請將《投訴表》及所有證明文件郵寄至：

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

家庭成員增補附錄

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

如果您需列出更多家庭成員，請填寫本頁。如需更多空間，請另行影印本頁，並與您的投訴表一併提交。

家庭資訊

對於年滿 18 歲的患者，家庭成員包括以下人員：配偶、同居伴侶，以及 21 歲以下的受扶養子女；如屬殘疾人士，則不論年齡，也不論是否與患者同住。對於未滿 18 歲的患者，或 18 至 20 歲之受扶養子女，家庭成員包括以下人員：父母、照護親屬，以及父母或照護親屬之其他 21 歲以下的受扶養子女；如屬殘疾人士，則不論年齡。

序號	全名	年齡	與患者的關係
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

授權代表表格

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

- 如果您希望授權他人代表您或協助您提交投訴，請填寫下方 A 部分及 B 部分。
- 如果您是以父母或法定監護人身分，為未滿 18 歲的子女提交本投訴，則無須填寫本表格。
- 如果您是為患者提交本投訴，且依法經指定代表患者行事，請僅填寫 B 部分。您必須隨附能夠證明您依法有權作為患者授權代表行事的文件副本。

A 部分：由患者填寫

我允許下文 B 部分所列的人代表我，代為向加州醫療保健可及性與資訊部 (HCAI) 提交投訴。我允許 HCAI 工作人員向下文所列的人披露我的財務資訊、醫療狀況及相關醫護資訊。我理解並確認，上述記錄可包括財務資訊、帳單資訊、醫療記錄、精神健康記錄、藥物成癮相關記錄、HIV 相關資訊、醫學影像報告，以及與本投訴相關的其他記錄。

我對該代表的授權是自願作出，且我有權終止該授權。如我希望終止該授權，須以書面形式提出。

1. 患者簽名

2. 正楷書寫患者姓名

3. 日期：_____

B 部分：由協助患者的人填寫

4. 患者姓名：_____

5. 授權代表姓名：_____

6. 與患者的關係：_____

7. 郵寄地址、城市、州、郵遞區號 (5 位數)、國家名稱

8. 電話號碼

9. 電子郵件地址

10. 授權代表簽名

11. 日期

12. ☐ 我作為患者授權代表行事的法律授權文件已隨附。(如適用，請勾選)。