

## 平易な言葉による医療費援助方針

[平易な言葉による医療費援助方針リンク](#)

Hackensack Meridian Healthでは、支払い能力にかかわらず、すべての患者様が必要な医療サービスを受けられるよう全力で取り組んでいます。当法人の医療サービスをご利用いただき、経済的に困りの方々に医療費援助を提供する長年の方針を守っています。この取り組みは、思いやり、公平性、包摂性という当法人の基本的な価値観を反映しており、年齢、性別、人種、出身国、社会経済的地位、性的指向、宗教にかかわらず、すべての患者様に適用されます。

HMH病院法人（以下「病院」）の医療費援助方針（チャリティケア／メディケイドを含む、以下総称して「FAP」）は、対象となる患者様にHMH病院法人が提供する緊急医療やその他の医学的に必要な医療サービスを、部分的または全額割引で提供するためのものです。医療費援助を希望される患者様は、以下に概要をまとめた制度に申請が必要です。

### 対象となるサービス

病院が提供し、請求する緊急医療やその他の医学的に必要な医療サービス。FAPは病院が請求するサービスのみに適用されます。医師や臨床検査機関など、その他の提供者から別途請求されるサービスは、FAPの対象外となります。

### 対象となる患者

対象サービスを受け、必要書類をすべてそろえた医療費援助申請書を提出し、病院で医療費援助の資格があると認められた患者様。

### 対象資格基準

米国保健福祉省（HHS）の貧困所得ガイドラインに対する収入割合（所得スライディングスケール）	州メディケイドレートに対する患者様自己負担額の割合
200%以下	0%
200%を超え225%以下	20%
225%を超え250%以下	40%
250%を超え275%以下	60%
275%を超え300%以下	80%
300%を超える	100%

ウェブサイト：医療費援助に関する情報は、以下のウェブサイトでご覧いただけます。  
<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>

## 申請方法

FAPおよび関連申請書は、以下の方法で入手できます。

## 申請

個人は、医療費援助の対象となるかどうかを判定する初期スクリーニングを受けるか、または申請書に記入・署名して医療費援助を申請できます。（注：医療費援助部門は病院ごとに異なるため、複数の医療機関でサービスを受けた場合は、それぞれに申請書を提出する必要があります。）申請書は以下のいずれかの方法で無料で入手できます。

## 郵送、電話、または直接来院

以下の住所へ書面でご連絡いただくか、または月曜から金曜の間に医療費援助部門のいずれかに直接お越しいただくことで、お申し込みいただけます。以下の病院では、受付時間が異なります。お電話にてご確認ください。

### **Bayshore Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)**

727 N. Beers Street  
Holmdel, NJ 07733  
732-902-7080

### **Carrier Clinic Behavioral Health Facility - (Non-Charity Care Facility)**

(Attn: Patient Financial Services)  
252 County Road 601  
Belle Mead, NJ 08502  
551-996-3990

### **Hackensack Meridian Health - Long Term Acute Care Hospital (LTACH) (Non-Charity Care Facility)**

(Attn: Financial Assistance Department)  
530 New Brunswick Avenue  
Perth Amboy, NJ  
732-902-7080

### **Hackensack Meridian JFK Johnson Rehabilitation Institute**

(Attn: Financial Assistance Department)  
80 James Street, 3rd Floor  
Edison, NJ 08818  
予約制です  
732-321-7534

**Hackensack Meridian Johnson Rehabilitation Institute at Ocean University Medical Center**

(Attn: Financial Assistance Department)

425 Jack Martin Boulevard

Brick, NJ 08724

732-902-7080

**Hackensack Meridian Johnson Rehabilitation Institute at Riverview Medical Center**

(Attn: Financial Assistance Department)

1 Riverview Plaza

Red Bank, NJ 07701

732-902-7080

**Hackensack University Medical Center**

100 First Street, Suite 300

Hackensack, NJ 07601

551-996-4343

**Jane H Booker Family Health Center**

1828 W Lake Avenue #202

Neptune, NJ, 07753

732-902-7080

**Jersey Shore University Medical Center**

1945 Route 33

Neptune, NJ, 07753

732-902-7080

**JFK University Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)**

80 James Street, 3rd Floor

Edison, NJ 08818

予約制です

732-321-7534

**Ocean University Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)**

425 Jack Martin Boulevard

Brick, NJ 08724

732-902-7080

**Old Bridge Medical Center (Attn: Financial Assistance Department)**

One Hospital Plaza

Old Bridge, NJ 08857

732-902-7080

**Palisades Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

7600 River Road  
North Bergen, NJ, 07047  
201-854-5092

**Raritan Bay Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

530 New Brunswick Avenue  
Perth Amboy, NJ  
732-902-7080

**Riverview Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

1 Riverview Plaza  
Red Bank, NJ 07701  
732-902-7080

**Southern Ocean Medical Center** (Attn: Financial Assistance Department)

1140 Route 72 W  
Manahawkin, NJ 08050  
732-902-7080

チャリティケア申請書は、ハッケンサック・メリディアン・ヘルスのウェブサイト（<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>）からダウンロードして印刷することもできます。

**対応言語**

病院がサービスを提供する主要な地域で、英語の理解が十分でない方（「LEP」）が、その地域の人口の5%または1,000人のいずれか少ない人数以上いる場合、その方々の主要な言語で医療費援助方針、申請書、平易な言葉による要約が提供されています。

**申請手続きの要約**

患者様は、世帯収入・世帯資産・家族構成人数を記載した申請書を記入し、提出します。

居住証明として、ニュージャージー州の運転免許証、公共料金の請求書、またはその他の証明書の提出が必要です。

申請書は記入内容の完全性および正確性について確認されます。

不足している情報については、患者様に追加提出をお願いする場合があります。

申請の結果（承認または却下）が通知されます。

記入済みの申請書は、上記のいずれかの住所にある医療費援助部門にご提出ください。

医療費支援の受給資格の決定 - 一般的に、家族収入が連邦政府の連邦貧困ガイドライン（FPG）の600%以下の場合、収入に応じた支援制度（スライディングスケール）を適用して、医療費支援の対象となります。

医療費支援の受給資格があるということは、医療費が全額または一部カバーされ、保険加入者に対して「通常請求される金額」（AGB）を超えて請求されることはないという意味です（※AGBは、アメリカ内国歳入庁〔IRS〕が内国歳入法501(r)条で定める基準です）。医療費支援のレベルは、世帯収入と連邦貧困ガイドライン（FPG）に基づいて決定され、収入がFPGの500%以下の場合に適用されます。

注記：FPG（連邦貧困ガイドライン）以外の基準も考慮されます。たとえば、現金や現金化できる資産があるかどうか、または毎月の支出に比べて収入が大きく上回っている場合などです。これにより、上記の基準とは異なる判断がされることもあります。世帯収入が申告されていない場合、日々の生活費をどのようにまかなっているかについての情報が求められます。病院の医療費援助部門は、必要書類がそろった申請書を確認し、病院の医療費支援方針に基づいて支援の対象となるかを判断します。記入漏れや書類の不足がある申請は受理されませんが、不足している内容について申請者にお知らせし、必要な書類や情報を提出する機会が設けられます。（注：医療費援助窓口は病院ごとに異なるため、複数の病院で診療を受けた場合は、それぞれの病院ごとに申請書を提出する必要があります。）

支援を受けるには、電話でお問い合わせいただくか、上記の住所にある医療費援助窓口までお越しください（受付時間：月曜～金曜 午前8時～午後4時）。