

メディケア・セービングス・プログラム（Medicare Savings Program, MSP）の申請方法

この申請書は、あなた（またはあなたとあなたの配偶者）が、州がメディケアの保険料やコストシェアリングの患者負担分を支払う対象者となるかどうかの審査を受けるために使用します。これは、長期的なサービスやサポートなど、その他の受給申請を行うためのものではありません。メディケイドの申請をご希望の場合、あるいはこのフォームへの記入でお困りの場合は、最寄りのメディケイド事務所へお問い合わせください。リンクはこちらです - www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

メディケア・セービングス・プログラム（MSP）には3つのタイプがあります。

適格メディケア受給者（QMB: Qualified Medicare Beneficiary）：州がメディケア パートAおよび/またはパートBの保険料と、コストシェアリングの患者負担分（免責金額（Deductible）、コインシュアランス（Co-insurance）、自己負担金（Copay））を支払います。QMBと判定された場合は、「エクストラヘルプ」（Extra Help）プログラムに自動的に登録され、メディケア パートDの処方薬の費用補助を受けることができます。

特定低所得メディケア受給者（SLMB: Specified Low-Income Medicare Beneficiary）：州がメディケア パートBの保険料を支払います。また、メディケア パートDの処方薬費用が補助される「エクストラヘルプ」にも自動的に登録されます。

適格個人（QI: Qualifying Individual）：州がメディケア パートBの保険料を支払います。また、メディケア パートDの処方薬費用が補助される「エクストラヘルプ」にも自動的に登録されます。

MSPの受給資格者となるかどうかは（配偶者も申請する場合はその方が対象者となるかどうか）州が決定します。申請に承認された場合、パートBの保険料は、ソーシャルセキュリティの年金、鉄道職員退職年金、公務員退職年金から差し引かれなくなります。また、州がメディケア パートDの保険料を負担して対象処方薬の費用を補助する「エクストラヘルプ」に自動的に登録されます。「エクストラヘルプ」が未登録になっている場合は、メディケイド事務所へご連絡ください。

州がメディケアの保険料やコストシェアリングの患者負担分を支払うことで遺産回収（Estate Recovery）の対象になることはありません。つまり、メディケア・セービングス・プログラムで受給した金額は返済する必要がないということです。

申請に必要なもの

次のような書類のコピーが必要になります。

- 収入を証明するもの（退職金や障害手当金を証明するもの、給与明細など）
- 資産を証明するもの（銀行の取引明細書や生命保険の証書など）
- メディケアに加入していることを証明するもの
- 外国人の場合、合法的な移民であることを証明するもの（グリーンカード、パスポート、その他国土安全保障省が発行した文書など）
- 居住地を証明するもの（家賃の領収書、公共料金の請求書、州発行の身分証明書など）

記入スペースが足りない場合は、追加のページを添付してください。

申請方法

- オンラインの場合はこちらのウェブサイトで申請できます： _____
- 郵送の場合はこの申請書をこちらに郵送してください： _____
- FAXの場合はこの申請書をこちらに送信してください： _____
- [州政府機関]のオフィスで申請する場合 - 申請場所： _____
- [州政府機関]への電話でのお問い合わせ先： _____

申請書はコピーをとって保管しておいてください。

申請書の提出後

メディケイド当局が申請書を審査します。45日以内に申請者のもとに結果が届きます。45日を過ぎても審査結果を受け取っていない場合は、メディケイド当局に連絡してください。

メディケア・セービングス・プログラムに関するお問い合わせ

メディケア・セービングス・プログラムやメディケアの給付内容等についてご質問がありましたら、最寄りの州健康保険アシスタンスプログラム（SHIP：State Health Insurance Assistance Program）にお問い合わせください。お問い合わせ先は、[877-839-2675](tel:877-839-2675)にお電話いただくか、www.shiphelp.org/をご覧ください。

メディケア・セービングス・プログラム申請書

個人情報

申請者 – メディケアカードに記載されている名前を記入してください

ラストネーム (姓)	ファーストネーム (名)	ミドルネーム
現住所：ストリート・番地	市	州 ZIPコード
郵送先住所（現住所と異なる場合）	市	州 ZIPコード
連絡先電話番号：	他の電話番号（任意）：	
メールアドレス（任意）	婚姻状況： 未婚（独身/離婚/死別） <input type="checkbox"/> 既婚 - 配偶者と同居 <input type="checkbox"/> 既婚 - 配偶者と別居 <input type="checkbox"/>	

市民権の有無：

あなたは米国市民ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

米国市民でない場合、合法的な移民ステータスをお持ちですか？ ☐ はい（下に情報を記入してください）

☐ いいえ

外国人登録番号（A-Number）、I-94番号、または文書のタイプとID番号	ステータスが付与された日付	米国に入国した日付	出身国
-----------------------------------------	---------------	-----------	-----

あなた、またはあなたの配偶者・親は、米国の退役/現役軍人ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

（配偶者もMSPに申請する場合）あなたの配偶者は米国市民ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

米国市民でない場合、合法的な移民ステータスをお持ちですか？ ☐ はい（下に情報を記入してください）

☐ いいえ

外国人登録番号（A-Number）、I-94番号、または文書のタイプとID番号	ステータスが付与された日付	米国に入国した日付	出身国
-----------------------------------------	---------------	-----------	-----

世帯構成

同居している配偶者も含めて記入してください。同居している親族の方については、あなたまたは配偶者が半分以上の経済的負担をしており、扶養している場合、記入してください。記入スペースが足りない場合は、追加のページを添付してください。

名前（ラストネーム（姓）、ファーストネーム（名）、ミドルネーム）	あなたとの関係	生年月日	MSPに申請しますか？	ソーシャルセキュリティ番号（MSPに申請する場合）
	本人		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
	配偶者		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
	その他（ご記入ください）		申請不可	任意
	その他（ご記入ください）		申請不可	任意

資産

あなた/配偶者が資産を所有している場合は、資産の種類、所有者、所有形態（個人所有か共同所有か）を記入してください。「資産」には次のようなものを含みますが、それだけに限定されません。

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • 現金 • 当座預金口座 • 普通預金口座 • マネーマーケット口座 | <ul style="list-style-type: none"> • 投資信託 • 貯蓄債券 • 株式 • 定期預金（CD: Certificates of Deposit） | <ul style="list-style-type: none"> • 個人退職金貯蓄口座（IRA） • 埋葬準備資金 • 家屋・土地（居住中のものを除く） |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

資産の種類	所有者	所有形態	現在の価値
		個人 <input type="checkbox"/>	\$
		共同 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/>	\$
		共同 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/>	\$
		共同 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/>	\$
		共同 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/>	\$
		共同 <input type="checkbox"/>	\$

あなたまたは配偶者は車両や船舶（自動車、トラック、ボート、キャンピングカー、オートバイ、キャンピングカー、トレーラーなど）を所有していますか？「はい」の場合は、以下に1つずつ記入してください。

所有者	所有形態	車両/船舶の種類	年式	メーカー/モデル	価値	未払い金額
	個人 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	共同 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	共同 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	共同 <input type="checkbox"/>				\$	\$

あなたおよび/または配偶者は合計保障額（額面金額）が1,500ドルを超える生命保険に加入していますか？答えが「はい」の場合は下の欄に記入してください。

被保険者	保険会社名/証券番号	保険の価値を知るための手助けが必要ですか？	保障額	キャッシュバリュー（解約返戻金）
		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	\$	\$
		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	\$	\$

署名する前によくお読みください

私は次のことを理解しています。

- 私の身辺状況に変化があった場合は、速やかにメディケイド当局に申告しなければなりません。申告が遅れると、保障の額に誤りが生じる場合があります。
- 私の身辺状況は、メディケイド当局、その他州・連邦機関の検証の対象になります。
- メディケイド当局は受給資格を証明するよう求められることがあります。その場合、受給資格を証明するものの入手や、担当者・諸機関との連絡をメディケイド当局にサポートしてもらうことができます。
- 私は、この申請書を提出することにより、州のメディケイド当局が私に代わって生命保険会社に連絡することを認めます。
- 私は、医療給付を求め、受けることにより、医療支援および第三者による医療費支払い処理におけるすべての権利を州に委ねます。
- 私は、メディケア・セービングス・プログラムの受給資格者と判定された場合、メディケアの保険料、免責金額（Deductibles）、コインシュアランス（Co-insurance）の支払いのための補助を受けることによって遺産回収（Estate Recovery）の対象になることはありません。

申請書の処理が終わると、資格通知書が送られてきます。審査結果に納得できない場合は、異議申し立てを行うことができます。異議申し立てを行う際は、申し立てできる期間など、受給申請をする人ごとに設けられた手順が資格通知書に記載されていますのでご確認ください。また、次のような選択肢もありますのでご検討ください。

ご希望であれば、友人や親戚、弁護士、その他の人に異議申し立てをしてもらう、あるいは申し立てを手伝ってもらうことができます。もちろん、ご自身で手続きされてもかまいません。

異議申し立てをご希望の場合は、1-800-XXX-XXXX（TTY: 1-800-XXX-XXXX）までお電話いただくか、[medicaid.state.gov]にアクセスして異議申し立てフォームを入手してください。その他の方法として、ご自身で手紙を書いて「State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100」宛てに郵送していただく、あるいは同住所に持参していただくことも可能です。

宣誓・署名

私はこの申請書を読み、内容を理解しました。私は、偽証した場合は偽証罪に問われることを承知したうえで、この申請書に記入した情報が私の知る限り真実、正確かつ完全であることを証明します。

申請者/代理人署名：		日付：
配偶者署名（該当する場合）：		日付：
代理人名：	代理人電話番号：	申請者との関係：

代理人の送付物受取先住所：	代理人メールアドレス：
---------------	-------------

あなたには、拡大印刷、点字、音声など、ご自身に合った形式で情報を入手する権利があります。差別を受けたと感じた場合に苦情を申し立てる権利もあります。詳細は[Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)をご覧ください。1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）までお電話ください。テキスト電話（TTY）をご希望の場合は1-877-486-2048へお電話ください。

任意記入項目：（記入することで受給資格/審査に影響が及ぶことはありません。）

本人：該当するものすべてにチェックを入れてください

ヒスパニック/ラテン系

☐ メキシコ人 ☐ メキシコ系アメリカ人 ☐ チカーノ/チカーナ ☐ プエルトリコ人 ☐ キューバ人
☐ その他_____

人種

☐ 白人 ☐ アメリカ先住民/アラスカ先住民 ☐ フィリピン人 ☐ ベトナム人
☐ グアム先住民/チャモロ人 ☐ 黒人/アフリカ系アメリカ人 ☐ アジア系インド人 ☐ 日本人 ☐ その他アジア系
☐ サモア人 ☐ 中国人 ☐ 韓国人/北朝鮮人 ☐ ハワイ先住民
☐ その他太平洋諸島系 ☐ その他_____

回答を1つ選択してください。

出生時に割り当てられた性別（出生証明書に記載されている性別）

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ その他_____ ☐ わからない ☐ 答えたくない

現在の性別：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ トランスジェンダー女性 ☐ トランスジェンダー男性 ☐ その他_____ ☐ わからない
☐ 答えたくない

性的指向：

☐ バイセクシャル ☐ レズビアン/ゲイ ☐ ストレート（レズビアンやゲイではない） ☐ その他_____
☐ わからない ☐ 答えたくない

任意記入項目：（記入することで受給資格/審査に影響が及ぶことはありません。）

配偶者：該当するものすべてにチェックを入れてください

ヒスパニック/ラテン系

☐ メキシコ人 ☐ メキシコ系アメリカ人 ☐ チカーノ/チカーナ ☐ プエルトリコ人 ☐ キューバ人 ☐ その他

人種

☐ 白人 ☐ アメリカ先住民/アラスカ先住民 ☐ フィリピン人 ☐ ベトナム人
☐ グアム先住民/チャモロ人 ☐ 黒人/アフリカ系アメリカ人 ☐ アジア系インド人 ☐ 日本人 ☐ その他アジア系
☐ サモア人 ☐ 中国人 ☐ 韓国人/北朝鮮人 ☐ ハワイ先住民
☐ その他太平洋諸島系 ☐ その他_____

回答を1つ選択してください。

出生時に割り当てられた性別（出生証明書に記載されている性別）

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ その他_____ ☐ わからない ☐ 答えたくない

現在の性別：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ トランスジェンダー女性 ☐ トランスジェンダー男性 ☐ その他_____ ☐ わからない
☐ 答えたくない

性的指向：

☐ バイセクシャル ☐ レズビアン/ゲイ ☐ ストレート（レズビアンやゲイではない） ☐ その他_____

☐ わからない ☐ 答えたくない