

保険外医療費徴収の要請
Request for Collection of Uninsured Health Care Expenses

様

件名：

事例番号：

養育費課(DCS)は、あなたが既存の養育費支払い命令に基づき医療費を支払うべき親から支払いを受けていない場合、あなたの子供に対して支払われた保険外医療費を徴収することができます。保険外医療費には、医療、歯科、視力、処方箋費用、自己負担額、免責金額、保険料金が含まれます。医療機器が医師の処方によるものであることの証明を提示できる場合、医療機器の支払いも含めることができます。

以下の全ての情報をよく読み、あなたの要請が拒否されないよう以下の指示に従ってください。

以下の全項目が真実である場合、DCSにこれらの医療費を徴収するよう要請できます。

1. あなたは医療費が発生した子供の親である。
2. あなたは、もう一方の親が医療費の一部または全額を支払うことを義務付けるワシントン州による養育費支払い命令を受けている。
3. あなたはその親の子供のために、最低\$500.00の保険外医療費を支払った。
4. あなたの子供は、過去24ヶ月以内に医療サービスを受けた。
5. 最後の医療費の払戻命令は少なくとも12ヶ月前だった。
6. あなたはこうした費用の支払いにもう一人の親から直接支払いを請求され、またはそうしなかった「正当な理由」を証明できる。
7. あなたは、命令上支払い義務のある親から全額支払いを受けなかった。

記入方法

同封の**詳細用紙－保険外医療費**フォームを使用して、子供の医療費を記入してください。払戻を請求する各親ごとに別々のフォームを使用してください。

内容を記入し、日付と署名をしたら、**詳細用紙－保険外医療費**を返送してください。フォームに記載された指示に必ず従ってください。あなたの子供に対して支払った医療保険料の払戻を請求する場合、健康保険の欄を記入してください。

医療費払戻用の書類共有許可をよくお読みください。

1. 2ページ目のいずれか一つにチェック印をつけてください。
2. フォームに日付、署名を記入し、**詳細な用紙**と請求書、領収書、支払い、その他文書の写しとともに、DCSに返送してください。

鮮明に読解可能な詳細な医療費の記録と支払い記録のコピーを同封してください。

1. DCSはこれらの記録をあなたに返却することはできません。
2. 記録には蛍光ペンを使用しないで下さい。蛍光ペンを使うと文書が読めなくなります。

記録には、子供の名前、診療日、全ての医療費、支払い全てが記載されていなければなりません。これらの記録には以下が含まれることがあります。

1. 保険会社の保険給付明細書(EOB)にあなたが自己負担額を支払ったという証明があるもの。
2. 子供の名前、請求額、支払額、支払い者（保険会社または顧客）が記載された明細書、領収書、医療機関からの元帳。

DCSは、請求書、領収書、EOB、支払い義務のある親への支払記録を送付します。もう一方の親に見てほしくない個人情報**は記録から削除してください**。今後の使用のため、原本または写し（全ての情報が見える状態で）を保管してください。個人情報を削除する際、DCSにも記録用に全ての情報が見える状態の写しを一部送付してください。個人情報の例には、領収書に記載されたあなたの住所、電話番号、社会保障番号、口座番号、銀行情報や、処方箋番号や特定の診断結果など繊細な医療情報などが含まれます。

下記のファクス番号または住所宛に記入済みのフォームと要求される文書をDCSに送付してください。

日付 _____

正式代表者
養育費課 (DIVISION OF CHILD SUPPORT)

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

通話エリア _____ 内 _____

通話エリア _____ 外 _____

ファックス : 866-668-9518

言語障害者/聴覚障害者には、TTY/TDDサービスをご用意しております。

当課のウェブサイトをご覧ください : www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

雇用、サービス、もしくは当プログラムの活動のいかなる面においても、人種、肌の色、国籍、信条、宗教、性別、年齢、障害の有無によって差別されることはありません。この用紙は、ご希望により異なる書式をご利用いただけます。