

詳細文書- 保険外医療費
Detail Sheet – Uninsured Health Care Expenses

記入方法 (よくお読みください)

- あなたが払戻を要請する各親について別々の**明細書**を使用してください。その親の子供全員の医療費をフォームに記入してください。健康保険料は、健康保険欄に別途記入してください。該当する箇所には医療保険、歯科保険、またはその両方を記入しなければなりません。
- 追加ページが必要な場合、記入を始める前に本書をコピーするか、DCSのウェブサイト <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms> からダウンロードしてください。
- 署名以外の全ての回答は、青色または黒色インクのみを使用し、楷書で記入してください。
- 以下の各欄に完全な回答を記入してください。該当する各箇所には合計を記入してください。
- 医療サービスを受けた順番に医療費を記入してください（古いものから最近のものへ）。
- あなたは各クレームの証拠となる記録（請求書、領収書、保険給付明細書(EOB)、使用済み小切手等）を提出しなければなりません。手続き処理の時間を短縮するため、2ページ目に記載された医療費と同じ医療費・領収書番号を各書類の右上に記入してください。いかなる記録にも**蛍光ペン**は使用しないでください。蛍光ペンを使用すると、書類が**読解不可能**となります。
- 歯列矯正などの高額な払戻請求を行い、契約書または同意書どおりに支払いを行っている場合、支払い契約書・同意書の写しを提出してください。
- あなたが子供のために支払う保険料の払戻を要請する場合、本書の健康保険欄を記入してください。払戻を要請するには、あなたが保険の加入者でなければなりません。保険料の金額が、いずれの親の養育費支払いワークシートの10.a.行に記載されている場合、保険料の払戻を請求することはできません。
- 3ページ目の申告欄を記入してください。あなたがもう一人の親に直接支払いを請求した、にチェック印をつけるか、「正当な理由」があるためあなたは直接もう一人の親に支払い請求をしていない、にチェック印をつけてください。命令が施行され、親が行政審判を要請する場合に、DCSではこの情報が必要となります。指定されたところに日付の記入と署名をしなければなりません。
- CSは本「明細書」の2~3ページ目、請求書、領収書、EOBの写しを、支払い義務のある親に送付します。相手方の親に見られたくないすべての個人情報、こうした記録から削除してください。今後の使用のため、記録の原本（すべ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場合、記録用に全ての情報が見える写し1部もDCSに送付してください。個人情報の例には、領収書に記載されているあなたの住所、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内容等の繊細な医療情報などがあります。

支払い義務のある親の氏名

DCS事例番号:

あなたの氏名

医療費と支払い

医療費と領収書番号	子どもの氏名	診療日（子供が診療を受けた日または処方箋を受けた日）	医療費全額または自己負担額	あなたの支払い額	DCS 記入欄 拒否の理由
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

列の合計

\$

\$

上記の医療費に対して、もう一人の親があなたに直接支払った金額:

\$

DCS が医療費を拒否する理由

- D1: 診療日が24ヶ月以上前である。
- D2: この医療費を示す書類がない。
- D3: この経費を支払った証拠がない。
- D4: 医療費の対象外（例：医師による処方でない、遅延料など）
- D5: この診療日を対象とする養育費命令がない。
- D6: 相手方が、この費用の分担分をすでに支払い済み。
- D7: あなたが保険の加入者ではない。
- D8: 相手方が保険を提供しているため、あなたの保険料を支払う義務がない。
- D9: あなたまたは相手方の保険料額は養育費支払いワークシートの行10.a.に記載されています。
- D10: その他

健康保険欄

私は健康保険料の払戻を請求します。私の子供に関する以下の医療、歯科保険、またはその両方を以下に記入しました。私の保険会社名、住所、電話番号、メンバーID、グループ番号（保険証に記載されているとおり）。

加入者氏名	保険加入日
-------	-------

健康保険会社の名前と住所

電話番号 ()	メンバー ID	グループ番号
-------------	---------	--------

歯科保険会社の名前と住所

電話番号 ()	メンバー ID	グループ番号
-------------	---------	--------

健康保険料

子どもの氏名	保険会社名	保険期間 (月・年～ 月・年)	子供のみの月額	あなたの支払い額	<u>DCS 記入欄</u> 拒否の理由

上記の医療費に対して、もう一人の親があなたに直接支払った金額: \$

申告欄

私は上記と2ページ目に記載されている費用以外の支払いを受領していません。以下のうちひとつにチェック印をつけてください。

- 私はこれらの費用をもう一人の親に直接請求しました。
- 私はこれらの費用をもう一人の親に直接請求しない「正当な理由」があります。

私はワシントン州法下の偽証罪に処する条件で 前述が正当で正しいことであると誓います。

署名場所 (市・州)	日付
あなたの署名	あなたの氏名 (楷書)

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。