

医療費払戻の書類共有許可  
Permission to Share Documents for Reimbursement of Health Care Expenses

様

件名：

事例番号：

子どもの氏名：

あなたは、上記の子ども向けに非保険で支払った医療費を養育費課が払い戻すことを要請しました。下記の文書を次の宛先まで郵送してください。

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

1. 記入済みで日付と署名入りの**詳細な明細書・保険外医療費**のフォーム。
2. 記入済みで日付と署名入りの**医療費払戻用の書類共有許可**のフォーム。
3. 詳細な諸経費記録の写し（読解可能かつ番号つきのもの）
4. あなたの支払い記録の写し（読解可能かつ番号つきのもの）

あなたの要請が全ての要件を満たす場合、DCSは支払い義務を有する親に**支援未払いの通知ー医療支援**を送達します。あなたの要請内容をサポートする**詳細なシートー保険外医療費**と各種フォーム、請求書、領収書の写しをに提出すると通知とともに払戻金は支払い義務を有する親に送付されます。公聴会の要請がある場合、その写しは、行政法判事 (ALJ) にも提出されます。

医療費の関係書類には、相手方に見られたくないような機密な個人情報が含まれる場合があります。相手方に個人情報を公開することについて懸念しない場合、相手方や行政法判事がそのような書類をよりよく理解できるよう個人情報の開示を検討するとよいでしょう。一般的に、これにより手続きにかかる時間を短縮できます。

原本の写しは2部作成してください。

1. そのうち1部には何も印をつけしないでください。DCSでは記録用にきれいな写しが1部必要です。
2. 2部目の写しでは、共有したくない情報を黒塗り（編集）しても構いません。編集前の原本を自分の記録として保管してください。あなたが特定の情報が相手方に共有されることを懸念する場合、以下のような情報を編集（黒塗り）するとよいでしょう。
  - a. 自宅住所と電話番号。
  - b. 医師、診療所、薬局の名前、住所、電話番号、ウェブアドレス。
  - c. 薬局の領収書にある処方箋番号、確認番号、医師のNPI 番号。
  - d. 医療費が精神衛生、薬物・アルコール関係のサービス、HIV / AIDS またはその他の性病、避妊、妊娠中絶であることを記載した診断または手順書。
  - e. 領収書に記載された社会保障番号、口座番号、銀行情報。
3. 情報を共有することを気にしない場合、DCSがあなたが提出した方法でその書類を他者に送付することを許可できます。DCSがあなたの書類にさらなる編集を加えることはありません。

以下のうち、該当する項目にチェック印を記入し、本書に署名、日付を記入したうえで、あなたの要請内容を示す**詳細なシート- 保険外医療費**、請求書、領収書とともにDCSに返送してください。

私は自分がDCSに提出したフォーム、請求書、領収書ならびにその他の書類の写しを私の養育費の相手方と公聴会事務局に**支援未払いの通知-医療支援**とともに送付することを許可します。

私は相手方と行政法判事とフォームや関係書類を以下の方法で共有することに同意します。（次のうち一つだけに印をつけてください。）

そのままの状態。私は相手方に見られたくない情報は全て編集しました。私はさらなる編集なしでこれらの文書が相手方と共有されることを理解しています。この許可は、本払戻請求のみに適用されます。

もしくは

DCSが私の機密情報を編集した後のみ (自宅住所と電話番号、医師・診療所または薬局の名前、住所、電話番号とウェブアドレス、薬局の領収書に記載された処方箋番号、確認番号と医師のNPI番号、医療費が精神衛生、薬物・アルコール関係のサービス、HIV / AIDS またはその他の性病、避妊、妊娠中絶であることを記載した診断書または手順書、領収書に記載された社会保障番号、口座番号、銀行情報)。

注記：診断書または手順書のいずれかに、精神衛生、薬物・アルコール関係のサービス、HIV / AIDS またはその他の性病、避妊、妊娠中絶であることが記載されている場合、DCSはさらなる同意を求めてあなたに連絡することができます。

\_\_\_\_\_  
日付

\_\_\_\_\_  
氏名 (楷書)

( \_\_\_\_\_ )  
私の電話番号 (市外局番を含む)

\_\_\_\_\_  
私の署名

通知本書は**支援未払いの通知-医療支援**の通達とその通知に基づく最終行政命令を得る目的のみに適用します。今後あなたが別の払戻の要請を行う場合、DCSはあなたが許可フォームに再度署名するよう依頼します。本書は、DCSがその他のいかなる目的においても編集前の文書を許可するものではありません。

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。