

The Queen's Health Systems
 (クイーンズ・ヘルスシステム) - Hawaii (ハワイ)

ACCT. または MRN _____

Financial Assistance Policy (資金助成申請書)

患者情報				
患者名	社会保障番号および (または) 生年月日	連絡先電話		
患者の配偶者	社会保障番号および (または) 生年月日	他の責任者およびその社会保障番号		
自宅住所 — 持家 — 貸家	番地	都市	州 :	Zip (郵便番号)
被扶養者全員のリスト				
氏名	年齢	続柄	氏名	年齢
1. _____			3. _____	
2. _____			4. _____	
収入および勤務先				
世帯の収入源 (勤務先、障害、社会保障、無職など)				
収入のある人の氏名	収入源 (勤務先/役職名)		年収	
世帯収入総額			\$	
\$3,000 以上の資産 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (以下に記載)				金額
合計資産額				\$
	支払者	負債額	1 か月の支払額	
食費 \$	1.	\$	\$	
光熱水費 \$	2.	\$	\$	
家賃/住宅ローン \$	3.	\$	\$	
車ローン \$	4.	\$	\$	

市町村、州、連邦のヘルスケアおよびその他の資金助成プログラムについて

QUEST またはメディケードに申請したことがありますか? いいえ _____ はい _____ 申請日 _____

申請結果および却下の理由 (該当する場合): _____

The Queen's Health Systems
(クイーンズ・ヘルスシステム) - Hawaii (ハワイ)
Financial Assistance Policy (資金助成申請書)

ACCT. または MRN _____

申請に必要な書類

身分、収入、資産に関する書類を添付してください（未提出の場合）。

1. ___ 運転免許証、出生証明書および（または）その他の写真付き ID または外国人登録証
2. ___ 直近 2 回分の給与明細書
3. ___ 銀行/信用組合の最新の明細書
4. ___ 銀行/信用組合の先月および先々月の明細書
5. ___ 不動産、自動車、株式/債券、貴金属、生命保険などの査定または所有権に関する書類、
および未払額がある場合はその証拠書類
6. ___ 家賃および各出費の領収書

注記：

- 既婚の場合、患者と配偶者は割引医療ポリシー申請書に署名し、添付書類を提出する必要があります。
- 申請書は以下の病院で受け付けます。
- 以下の宛先に記入済申請書と添付書類を郵送してください：

The Queen's Medical Center, Attention Business Services
(クイーンズ・メディカルセンター・事業サービス部)
P.O. Box 861, Honolulu HI 96808-0861

The Queen's Medical Center West Oahu
(クイーンズメディカルセンター・西オアフ)
91-2141 Fort Weaver Road, Ewa Beach, HI 96706

Molokai General Hospital (モロカイ総合病院)
280 Home Olu Place, Kaunakakai, HI 96748

North Hawaii Community Hospital (北ハワイコミュニティ病院)
67-1125 Mamalahoa Highway, Waimea, HI 96743

私は、上記が真実、正確で収入/資産および経費/債務に関するすべての情報であることを誓約します。私は、貴施設が上記の記述、表明事項の正確性を確認するために必要な情報を取得することを許可します。私は、情報提供に当たり意図的に省略した場合、それはクイーンズメディカルセンターが提供する割引医療プログラムの適格性剥奪の原因となり、また承認済みの割引医療がある場合、その回収のために私が訴追されることを承知します。

患者署名

日付

患者配偶者/他の責任者

日付