

件名： 資金援助方針

発行者： 主管機関

方針番号： EXEC-P.2006

改訂日：2016 年 8 月 30 日

発効日：2016 年 9 月 26 日

2015 年 2 月 13 日の方針に優先

2016 年 8 月 30 日に取締役会により承認されました。

---

## I. 目的

太平洋のリハビリテーション病院(“REHAB”)は、当社の使命と価値観と一致して、医学的に必要なリハビリ医療サービスを必要とし、個々の金融状況に基づいて支払うことができない患者に金融援助を提供することを約束します。この方針の目的は、そのような患者に金融援助を提供するために差別的ではなく、公正で統一的なプロセスを確立することです。

この方針は、次の場合には適用されません。

- 第 III.B 章に記載されるように、医学的に必要とみなされないサービス
- REHAB 所在地での患者にサービスを提供している REHAB 以外の提供者が提供するサービス。  
この方針の附属書 A には、REHAB 所在地でサービスを提供している REHAB 以外の提供者が記載されています。

方針の条件は、REHAB の裁量で常時変更される場合があります。

## II. 定義

この方針の目的上、下記用語は次のように定義されています。

一般的に課金された金額：料金は一般的に、医学的に必要なケアをカバーする保険に加入している患者から回収されます。一般的に課金された金額は、将来見込まれる方法に基づいて算定され、メディケアおよびメディケア受益者からサービスに対して受け取る合計金額に基づいて決定されます。

家族：共に居住し、出生、結婚、または養子によって関連する 2 人以上の人々のグループ。患者が個人を米国所得税申告書に従属することを主張する場合、この方針の目的上、従属者とみなされることがあります。

家計収入：

- 稼ぎ高、失業補償、労働者災害補償保険、社会保障、補足的な保障所得、公的支援、退役軍人の支払い、生存者支援、年金・退任所得、利息、配当金、ロイヤルティ、不動産からの所得、信託、教育援助、扶養料、子供の養育費、家族外からの支援、およびその他の様々な収入源として定義される所得（税引前基礎）を含みます。
- 「家族」の定義に含まれるすべての個人の所得を含みます。同居人のような非親戚の所得は除外されます。
- （フードスタンプや住宅補助など）非現金給付を除きます。
- 資本損益を除きます。

家族の流動資産：

- 必要に応じて現金で支払われるリソースを含みます。
- 「家族」の定義に含まれるすべての個人の流動資産を含みます。同居人のような非親戚の流動資産は除外されます。

医学的に貧困：総医療費が家計収入の 15%を超える医療費の一部または全部を支払うことができない状態。

医学的に必要：メディケアで定義されているように、「病気、傷害、状態、疾病、またはその症状を診断または治療するために必要な医療サービスまたは医薬品」

(<https://www.medicare.gov/glossary/m.html>, 2016 年 8 月)

無保険者：医療機関への支払い義務を満たすための保険または第三者援助のない患者。

被保険者：医療機関への支払い義務を満たすための保険または第三者援助を受けているが、自己の財政的能力を超える現金支出を有する患者。

### III. 方針

#### A. ガイドライン

金融援助は、この方針の下で資格要件を満たす患者のために医学的に必要なサービスに対してのみ提供されます。金融援助は、家計収入に基づいて無料または割引サービスで提供されます。

金融援助は、個人的責任の代用とはみなされません。患者は、金融援助を得るための REHAB の手続きに協力し、個々の支払能力に基づいてケアの費用に寄与することが期待されます。患者は、この方針の下で金融援助の承認前に、他の支払い方法を探す補助を受けることができます。

健康保険を購入する財政的能力を持つ無保険者は、患者の全体的な健康のための医療サービスへのアクセスを保証するために、そうすることをお勧めします。

REHAB は、救急医療を提供せず、救急室もなく、救急医療のために治療を安定させる必要がある個人を受け入特別な能力はありません。救急医療を必要とする個人は、42 CFR 482.12(f)(2) に準拠した方法で、他の施設に移送されます。

#### B. 適格サービス

下記の医療サービスは、この方針の下で金融援助を受ける資格があります。

- REHAB が、直ちに治療しなければ、個人の健康状態に悪影響をもたらすような状態のために提供されるリハビリサービス；医学的必要性および機能的利益に基づく医師および/またはセラピストの治療計画に基づいているサービス；および
- 付録 A に記載されているように、REHAB に雇用されている提供者が実施したものを含む適格サービス。

下記のサービスは、この方針の下で金融援助を受ける資格がありません。

- 福祉サービスを含む医学的に必要でないサービス；および

- REHAB 所在地での患者に治療やサービスを提供している REHAB 以外の提供者が提供するサービス。この方針の附属書 A には、REHAB 所在地でサービスを提供している REHAB 以外の提供者が記載されています。REHAB 以外の提供者によって実施されるサービスは、別途患者に請求される場合があります。

### C. 患者の適格性

患者の適格性の決定は、年齢、性別、人種、または宗教上の所属を考慮してはなりません。

この方針の下で金融援助を受ける資格を得るには、次の 3 つの基準のすべてを満たしている必要があります。

- 流動資産確認：家族の流動資産が \$ 50,000 またはそれ以下。
- 所得確認：決定（FPG）の時点で有効なハワイ連邦貧困ガイドラインの 300% またはそれ以下の家計収入を持つ患者は、所得確認基準を満たしています。割引は、次のように、スライディングスケールで決定されます。

| 家計収入レベル               | 割引   |
|-----------------------|------|
| FPG の 200% またはそれ以下    | 100% |
| FPG の 200% 以上 250% 未満 | 75%  |
| FPG の 250% 以上 275% 未満 | 50%  |
| FPG の 275% 以上 300% 未満 | 25%  |

FPG の 300% を超える家計収入を有する患者は、医療費の総額が家計収入の 15% を超える場合には医療費の割引率を受け取る資格があります。割引率は一般に請求される金額を超えてはなりません。

- 居住確認：患者は米国市民またはハワイに永住する法的な外国人でなければなりません。

推定金融援助適格性：REHAB は、上記の 3 つの基準に基づいて、金融援助を受ける患者の適格性を判断するためのサポートが不十分な場合、この方針の下で適格性および割引額を決定するために他の情報源を使用する可能性があります。推定上の適格性は、患者の特定の状況に基づいて決定することができます。それは以下を含みます。

- ホームレスまたはホームレスの避難所からケアを受けるもの；
- 女性や幼児や子供プログラム（WIC）、学校でのフードスタンプや給食プログラム、低所得・補助住宅など州、連邦または地方の金融援助プログラムの適格性；および
- 既知の不動産がない死亡患者。

### D. 申請および検討プロセス

患者・患者の保証人は、金融援助申請書（付録 B）を記入し、REHAB の要請に応じて個人情報、財務情報、その他の情報と書類を提出する必要があります。

メディケイド・クエストの対象として判断される患者は、メディケイド・クエスト申請を記入するために必要な情報を提供するために、完全に協力して申請する必要があります。

REHAB は、提出された金融援助申請書およびサポート文書を検討し、第 III.C 章「患者の適格性」に記載されている基準に基づいて資格を判定します。

患者は、適格性判定を書面で通知されます。金融援助適格期間は、判定日から 6 ヶ月間にします。6 ヶ月後、患者はこの方針の下で金融援助を再申請する必要があります。適格性判定に関する追加情報が判明すると、金融援助の必要性はいつでも再評価される場合があります。

上記の割引は、判定日以降の患者の未払いの残高および判定日以後の患者の未来残高に適用されます。金融援助の対象となる患者は、医学的に必要なケアをカバーする保険に加入している患者に一般的に課金される金額を超える金額を支払う必要はありません。

医学的に必要なサービスを提供する前に、金融援助の要請および財政的必要性の判定が行われることが望ましいが、必須ではありません。しかし、判定は回収サイクルの任意の時点で行うことができます。

この方針に関する情報、および金融援助申請書の完了に関するお問い合わせは、226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817 に位置する患者金融サービス部門、または(808)544-3340 まで。

#### E. 患者および公衆への金融援助方針の伝達

REHAB は、特別回収活動（ECA）を行う前に、この方針および金融援助の可用性を伝えるために合理的な努力を行います。金融援助の可用性の通知は、以下を含むがこれに限定されない様々な手段で提供されます。

- 認可および登録エリア、患者金融サービスおよび REHAB によって選出された病院施設内の他の公共の場所において目立つ表示を掲示します；
- 患者請求書には、金融援助の可能性を患者に通知する標準言語、および追加情報を入手する方法を含みます；
- 方針、金融援助申請書、金融援助要約書（簡易言語要約書）（付録 C）などの情報も、メールを含み、REHAB のインターネットウェブサイトにて公表し、無料で要求に応じて提供します。そして、
- このような通知および要約情報は、REHAB の公衆アウトリーチ活動を通じて、REHAB によってサービスされる公衆内他の場所に配布します。

次のように、ECA に参加する前に、この方針の下で患者が金融援助の対象であるかどうかを判断するために、合理的な努力が行われます。

- 患者・保証人に 4 つの月額請求書が提供されます。各宣言書には、患者・保証人に金融援助の可用性を通知する標準言語、および追加情報を入手し、適用する方法を含みます；第四月次請求書（最後に書面による通知）は、金融援助の可能性を記述し、REHAB が支払いを受けようにする ECA を特定し、（最後に書面による通知の日付から少なくとも 30 日後になる）ECA が開始する期限を含みます。金融援助要約書（簡易言語要約書）には、第四月次請求書が添付されます。
- ECA 開始の少なくとも 30 日前に、患者に金融援助の可用性、および追加情報を入手し、適用する方法を口頭で通知するようにします。
- 合理的な努力が、管理者によって検討されます。ECA は、管理者の事前の承認、および合理的な努力が行われたとの判断がない場合、開始しません。

REHAB は、管理者が金融援助の適格性を判定する合理的な努力を判定した後、回収および/または信用報告機関への未払いの報告および提訴訴訟を含む ECA を開始することができます。ECA は、最初の月次請求書（退院後の請求書）が提供されてから 120 日後に開始されます。

ECA が開始された後、REHAB に患者・保証人がこの方針の下で金融援助を申請する予定を通知された場合、REHAB は金融援助要約書（簡易言語要約書）、金融援助申請書、および完了した金融援助申請書の提出期限の書面による通知を提供します。期限は、書面による通知の日付から 30 日後、または最初の月次請求書（退院後の請求書）の日付から 240 日後になります。ECA 開始後の完了した金融援助申請書を受けると、その ECA は検討プロセス中に中断されます。REHAB は、完了した金融援助申請書が書面による通知の期限までに受理されない場合、ECA を継続することができます。

金融援助が承認され、患者が REHAB によって治療された傷害・疾病の報酬を受け取ったことが後で判明した場合、患者は REHAB にその報酬を返済する必要があります。例えば、患者が金融援助を受けた後、自動車事故での傷害に対する賠償金を受け REHAB がその傷害を患者に治療した場合、患者は REHAB 請求書を支払う責任があり、金融援助の調整は逆になります。

#### 添付ファイル：

- 付録 A – この方針の対象となるサービスを提供している医師、およびこの方針の対象となっていないサービスを提供している医師
- 付録 B – 金融援助申請書
- 付録 C – 金融援助要約書（簡易言語要約書）

S:policies:exec:exp2006 (9/26/16)

## 付録 A

この方針の対象となるサービスを提供している医師、およびこの方針の対象となっていないサービスを提供している医師



## 付録

この方針の対象となるサービスを提供している REHAB 提供者の一覧

2025年7月1日現在

- None

この方針の対象となっていない REHAB 所在地でサービスを提供している REHAB 以外の提供者の一

2025年7月1日現在

- Ashman, Kenji, PA-C
- Badalucco, Laura, PA-C
- Bhatt, Ajay, MD
- Burdick, Daniel, MD
- Dadds, Ryan M., PA-C
- Katahara, Patrick, PA-C
- Kollarova, Tamara, MD
- Kosut, Shephard, MD
- Lamport-Hughes, Nancy, Ph.D.
- Lee, Eugene M.C., MD
- Lu, Katrina, APRN-Rx
- Mun, Eluned, DNP, APRN-Rx
- Muraoka, Nicholas, DO
- Nakamura, Erin, PA-C
- Nishikawa, Owen, MD
- Nomura, Ryan YA, MD
- Oishi, Stephen M., MD
- Okada, Jeffrey, MD
- Oshiro, Shari Ann, MD
- Pien, Brian, MD
- Sandoval, Sanders, APRN-Rx
- Shin, Michael, MD
- Shinha, Takashi, MD
- Stearns, Fay, APRN-Rx
- Uyeno, Brent, MD
- Wang, Jordan SFT, MD
- Wong, Russell, MD
- Yamamoto, Kent S., MD
- Yeoh, Jeffrey KC, MD



付録 B  
金融援助申請書







アロハ

太平洋のリハビリテーション病院（REHAB）は、当社の使命と価値観と一致して、医学的に必要なリハビリ医療サービスを必要とし、個々の金融状況に基づいて支払うことができない患者に金融援助を提供することを約束します。当社の金融援助プログラムは、適格要件を満たしている保険未加入者および保険未加入者が、適格な医学的に必要なケアの支払いを支援する金融支援を受けることができます。

REHAB の金融援助プログラムは、資金援助方針（FAP）に記載されている適格サービスにのみ適用されます。REHAB 所在地以外の REHAB 提供者が提供するサービスは、FAP の対象とはならず、別途患者に請求される場合があります。

適格性を得るためには、米国市民またはハワイに永住する法的な外国人でなければなりません。あなたの家族の資産と所得は、金融援助のための方針ガイドラインを満たしているかどうかを見直されます。もしあれば、あなたの REHAB 請求書は割引かれます。実際の割引額は、家族の所得によって異なります。

申請するために、この「金融援助申請書」を記入してください。応答をサポートするために、申請書に最近の文書を添付する必要があります。**金融援助・文書チェックリスト**（添付）は、要求された情報を詳述します。

当社と共有する情報は、この申請書の目的でのみ使用されます。秘密情報として扱われます。

完成した申請書およびサポート文書のコピーを、REHAB 病院の 1 階に位置している患者金融サービス部門に提出してください。または、次の住所に郵送してください。

The Rehabilitation Hospital of the Pacific（太平洋のリハビリテーション病院）  
ATTN: Patient Financial Services（患者金融サービス）  
226 North Kuakini Street  
Honolulu, HI 96817

ご不明な点がございましたら、（808）544-3340 で REHAB の患者金融サービスにお問い合わせください。

## 金融援助・文書チェックリスト

申請書を提出するとき、必要に応じて、金融援助申請書をサポートするために必要な以下文書のコピーを添付してください。

- ☐ 運転免許証、出生証明書および/またはその他の写真 ID またはエイリアンカード。
- ☐ 直近の連邦および州所得税申告書
- ☐ 家族の収入を反映する文書：
  - 給与明細書または W-2
  - 社会保障宣言書または授与通知書
  - 公的援助資金または授与通知書を示す文書
  - 失業給付のための保険ステータスレターの決定
  - 労働者災害補償保険に関する給付通知書
  - 年金・退任給付に関する月次宣言書
  - 退役軍人給付に関する月次宣言書
  - 子供の養育費または扶養料に関する給付通知書
  - 賃貸収入に関する月次宣言書
- ☐ 家族医療伝票の負担額を示す他の病院、医師、研究室などからの最近の宣言書
- ☐ 家族の流動資産を示す文書、以下を含む：
  - 残高、受取利息、配当を示す金融機関からの月次宣言書
  - 家族の他の流動資産を示す文書
- ☐ ハワイ州から提出されたメディケイド申請書および承認・拒否通知書

これらの文書がない場合は、完成した申請書とともに提出されなかった理由について書面で説明してください。

|                                                                                                           |                    |                                                               |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|
| 患者情報                                                                                                      |                    |                                                               |                        |
| 患者名：                                                                                                      | 社会保障#：             | 生年月日：                                                         | 患者・保証人の自宅電話番号：         |
| 保証人名：                                                                                                     | 社会保障#：             | 生年月日：                                                         | 患者・保証人携帯電話番号：          |
| 患者・保証人恒久的住所：                                                                                              |                    | 米国民： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                        |
|                                                                                                           |                    | 患者・保証人Eメール：                                                   |                        |
| 戸籍のメンバー                                                                                                   |                    |                                                               |                        |
| 名：                                                                                                        | 関係：                | 生年月日：                                                         | 社会保障#：                 |
| 名：                                                                                                        | 関係：                | 生年月日：                                                         | 社会保障#：                 |
| 名：                                                                                                        | 関係：                | 生年月日：                                                         | 社会保障#：                 |
| 名：                                                                                                        | 関係：                | 生年月日：                                                         | 社会保障#：                 |
| 雇用情報                                                                                                      |                    |                                                               |                        |
| 患者・保証人の雇用者および住所：                                                                                          |                    |                                                               | 職名：                    |
| 配偶者の雇用主および住所：                                                                                             |                    |                                                               | 職名：                    |
| 家族の流動資産：すべての家族メンバーのために総流動資産の一覧を表示します（サポート文書のコピーを添付する必要があります）                                              |                    |                                                               |                        |
| 信用組合・銀行当座預金口座：\$                                                                                          | 信用組合・銀行普通預金口座：\$   | 通貨市場口座：\$                                                     | 手持ちの現金：\$              |
| 投資（株式・債券）：\$                                                                                              | その他（具体的に記述ください）：\$ | その他（具体的に記述<br>ください）：\$                                        | その他（具体的に記述<br>ください）：\$ |
| 家族の収入：すべての家族メンバーのために総収入の一覧を表示します（サポート文書のコピーを添付する必要があります）                                                  |                    |                                                               |                        |
| 賃金・給与：\$                                                                                                  | 社会保障：\$            | 公的支援・失業給付：\$                                                  | 労働者災害補償保険：\$           |
| 年金・退任給付：\$                                                                                                | 賃貸料：\$             | 子供の養育費・扶養料：\$                                                 | 退役軍人給付：\$              |
| その他（具体的に記述ください）：\$                                                                                        |                    |                                                               |                        |
| 家族医療費：すべての家族メンバーのために総医療費の一覧を表示します（サポート文書のコピーを添付する必要があります）                                                 |                    |                                                               |                        |
| 提供者（病院・医師・研究室）：                                                                                           | 債務額：\$             | サービスの種類：                                                      | サービスの年・月：              |
| 提供者（病院・医師・研究室）：                                                                                           | 債務額：\$             | サービスの種類：                                                      | サービスの年・月：              |
| 提供者（病院・医師・研究室）：                                                                                           | 債務額：\$             | サービスの種類：                                                      | サービスの年・月：              |
| 追加情報                                                                                                      |                    |                                                               |                        |
| メディケイドやその他の金融プログラムを申請しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 申請した場合、申請日を記入してください： |                    |                                                               |                        |
| 申請結果、以下を明記してください：                                                                                         |                    |                                                               |                        |
| REHAB にあなたのサービスに関する係争中の訴訟、交渉、授与がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ           |                    |                                                               |                        |
| 説明：                                                                                                       |                    |                                                               |                        |

**申請者の宣言：**上記の情報は、私の知る限り、全て真実かつ正確であることを保証します。REHAB が提供された情報を検証できることを理解しています。いずれかの情報が誤りであることが判明した場合、私が REHAB の金融援助を受ける資格がなくなり、提供したサービスの料金について責任を負うことを理解しています。

REHAB 費用を支払うため、私に利用可能な（メディケイド・クエスト申請を含む）金融援助を申請することにより、REHAB と完全に協力することに同意します。金融援助が適用される前に、他のすべての保険および第三者の支払元を料金に適用する必要があることを理解しています。交渉、判決、保険などの元からこれらの費用の対象となる金額を REHAB に支払うものとします。

この援助は、REHAB が提供する医学的に必要なサービスのみを対象としていることを理解しています。さらに、REHAB がいずれかの理由でいつでも金融援助を取り消す可能性があることを理解しています。

印刷名： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_ 申請日： \_\_\_\_\_ 患者との関係： \_\_\_\_\_

付録c  
金融援助要約書  
(簡易言語要約書)



## 金融援助プログラム

太平洋のリハビリテーション病院（REHAB）は、当社の使命と価値観と一致して、医学的に必要なリハビリ医療サービスを必要とし、個々の金融状況に基づいて支払うことができない患者に金融援助を提供することを約束します。当社の金融援助プログラムでは、適格要件を満たしている保険未加入者および保険未加入者が、適格な医学的に必要なケアの支払いを支援する金融支援を受けることができます。

### 金融援助を受ける資格はありますか？

金融援助の対象となるかどうかを調べるために、金融援助申請書を記入してください。当社のプログラム、または（もしあれば）申し込みの際にお手伝いできる他の政府のプログラムの下で金融援助の対象となるかどうかを判定するために、あなたが提供した情報を検討します。

REHAB は一般的に、以下の場合に適格サービスを受ける完全な金融援助を提供します。

- 家族の流動資産はが\$50,000 以下
- 家計収入が現在のハワイ連邦貧困ガイドラインの 200% またはそれ以下
- 米国市民またはハワイに永住する法的な外国人

その他の割引も、あなたの医療費を支援するために、当社のプログラムの下で可用性があります。

### 金融援助の詳細については、どのように申請したり、見つけたりするのですか？

金融援助方針（FAP）、金融援助申請書、またはこの要約書を無料で入手することができます。

- **直接お問い合わせ：** Nuuanu, 226 North Kuakini Street REHAB 病院の 1 階に位置する患者金融サービス部門
- **電話でお問い合わせ：**（月曜日～金曜日、午前 8 時～午後 4 時 30 分）(808) 544-3340 で患者金融サービス代理人へお電話ください。
- **オンライン：** <https://www.rehabhospital.org/how-does-billing-work>
- **E メールで：** FAProgram@rehabhospital.org

#### 質問がある場合は？

金融援助に関する質問は、(808) 544-3340 で REHAB の患者金融サービスにお問い合わせください。

金融援助申請書の完了を支援することができます。

完了した申請書およびサポート文書のコピーを、226 North Kuakini Street, Honolulu, Hawaii 96817 のする患者金融サービス部門に返送してください。

REHAB の金融援助プログラムは、FAP に記載されている適格サービスにのみ適用されます。REHAB 所在地以外の REHAB 提供者が提供するサービスは、



# 金融援助要約書

FAP の対象とはならず、別途に患者に請求される場合があります。

金融援助の対象となる患者は、医学的に必要なケアをカバーする保険に加入している患者に一般的に課金される金額を超える金額を支払う必要はありません。

