



健康保険の申請と費用の支払いの支援

➡ 健康保険の申請と費用の支払いの支援 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



この申請書を利用することによって、どのようなカバレッジを受ける資格があるかを調べます

- 健康を維持するための包括的な保障を提供するマーケットプレイス・プラン。
- 健康保険の保険料をすぐに下げることができる税額控除。
- メディケイドまたは児童医療保険プログラム（CHIP）による無料または低コストの保障。特定の所得水準は、無料または低コストのプログラムの対象となる場合があります。



このアプリケーションは誰が使用できますか？

- このアプリケーションを使用して、世帯内の誰にでも申請できます。
- ご本人、配偶者、お子さんがすでに健康保険に加入している場合でも、申請書を提出してください。無料または低コストの保障の対象となる可能性があります。
- 独身の方は、ショートフォームでも良いと思います。 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) をご覧ください。
- 対象となる移民を含む世帯が応募できます。お子さまが保険に加入できない場合でも、お申し込みいただけます。申請しても、移民ステータスや永住者または市民になる可能性には影響しません。
- このアプリケーションの記入を誰かに手伝ってもらう場合は、付録Cを記入する必要があるかもしれません。



申請に必要な情報

- ソーシャル・セキュリティ・ナンバー（SSN）（または保険を必要とする資格のある移民の方の書類番号）。
- 世帯の全員の雇用者と収入の情報（給与明細書、W-2フォーム、賃金と税金の明細書など）。
- 現在の健康保険の保険番号。
- 世帯で加入できる仕事関連の健康保険についての情報。



これらの情報の必要性とは？

収入やその他の情報について質問し、資格のある保障範囲と、その支払いについて支援が得られるかどうかをお知らせします。法律で義務付けられているように、お客様から提供されたすべての情報を非公開かつ安全に保管します。個人情報保護法に関する申し立て（詳細）については、 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) をご覧になるか、説明セクションをご確認ください。



次のステップ

コピーを取って保管し、必要事項を記入、署名した申請書を10ページに記載された住所にお送りください。私たちが求めるすべての情報がない場合でも、とにかく申請書に署名して提出してください。1〜2週間以内にフォローアップします。詳細が必要な場合は、マーケットプレイスから電話がかかる場合があります。申請を処理した後、「資格通知」を郵送します。連絡がない場合は、Marketplaceコールセンターにお問い合わせください。この申請書に記入しても、健康保険を購入する必要があるわけではありません。



このアプリケーションのサポートを受ける

- オンライン: [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)
- 電話: Marketplace Call Center (1-800-318-2596) にお問い合わせください。TTY ユーザー用番号: 1-855-889-4325。
- 対面: ご自身の地域にも助けてくれるカウンセラーがいるかもしれません。詳しくは [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) をご覧いただくか、Marketplaceコールセンター (1-800-318-2596) にお問い合わせください。
- 他の言語: 英語以外の言語でのサポートが必要な場合は、1-800-318-2596 に電話して、カスタマーサービス担当者に必要な言語を伝えてください。無料でサポートを提供します。

大活字、点字、音声など、利用しやすい形式で情報を入手する権利があります。また、差別を受けたと感じたら、苦情を申し立てる権利もあります。 [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) をご覧になるか、1-800-318-2596 までお電話ください。TTYユーザーは 1-855-889-4325。

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov



黒または紺色のインクのみを使用して大文字で印刷します。
回答の際は該当する円に記入してください。(○)→●

ステップ1：ご自身自身について教えてください。

(申請の連絡担当者は、世帯内の大人1名が必要です)

1. 名前		ミドルネーム		苗字		サフィックス	
2. 自宅の住所（お持ちでない場合は空白のままにしてください）						3. 自宅の住所2	
4. 市		5. 州		6. 郵便番号		7. 郡	
8. 郵送先住所（自宅の住所と異なる場合）						9. 郵送先住所2	
10. 市		11. 州		12. 郵便番号		13. 郡	
14. 電話番号				15. 2番目の電話番号			
16. このアプリケーションに関する情報をメールで受け取ることを希望しますか？							
☐ はい ☐ いいえ							
電子メールアドレス：							
17. 優先言語：		文語			言語（口頭）		

ステップ2：ご自身の世帯について教えてください。

このアプリケーションに誰を含める必要がありますか？

すでに健康保険に加入している場合でも、世帯内の各人に対してステップ2を完了します。このアプリケーションに記載されている情報は、すべての人が最高の保障を受けられるようにするためのものです。対象となる支援の量またはプログラムの種類は、世帯の人数と世帯収入に基づいています。誰かがすでに健康保険に加入している場合でも、その人を含めないと、資格審査の結果に影響が出る可能性があります。

保障が必要な大人の場合：

以下の方々においては、健康保険が必要なくても申請書に含めてください：

- 配偶者
- 継子を含む、同居している21歳未満の子供
- 同じ連邦所得税申告書に記載されている他の人（親の納税申告書で請求されている21歳以上の子供を含む）。健康保険に加入するために税金を申告する必要はありません。

保障が必要な21歳未満の子供：

以下の方々においては、健康保険が必要なくても申請書に含めてください：

- 一緒に住んでいる親（または義理の親）
- 一緒に住んでいる兄弟
- 継子を含む、一緒に暮らすすべての子供
- 一緒に住んでいる配偶者
- 同じ連邦所得税申告書に載っている他の人。健康保険に加入するために税金を申告する必要はありません。

世帯内の各人においてステップ2を完了します。

まずご自身から始めて、他の大人と子供を追加します。世帯人数が2人以上の場合は、該当ページをコピーしてオリジナルに添付する必要があります。

健康保険を必要としない世帯員においては、移民ステータスやSSNを提供する必要はありません。法律で義務付けられているように、お客様から提供されたすべての情報を非公開かつ安全に保管します。個人情報、健康保険の対象かどうかを確認するためにのみ使用されます。



ステップ 2: 人物1 (まずご自身から始めます)

本人、配偶者、同居している扶養家族、および連邦所得税申告書を提出している場合はその申告者について、ステップ2を記入してください。誰を含めるかについての詳細は、1ページを参照してください。確定申告をしていない場合でも、世帯の人数を忘れずに追加してください。

1. 名前		ミドルネーム	苗字	サフィックス
2. 人物1との関係は?		3. ご自身は結婚していますか?		4. 生年月日 (mm/dd/yyyy)
自己		☐ はい ☐ いいえ		☐ 女性 ☐ 男
6. 社会保障番号 (SSN)				
★ 健康保険が必要で、SSNを持っているか、取得できる場合は、SSNが必要です。マーケットプレイスはSSNを利用して、収入などの情報を確認し、医療保険の支払いを支援する資格のある人を探します。SSNの取得の詳細については、 SSA.gov にアクセスするか、Social Security (1-800-772-1213) に電話してください。TTYユーザー用番号: 1-800-325-0778。				
7. 来年、連邦所得税申告書を提出する予定はありますか? 連邦所得税申告書を提出しなくても、保険の申し込みは可能です。				
☐ はい。はいの場合、項目aからcに回答してください。 ☐ いいえ。いいえの場合は、項目cにスキップします。				
a. 配偶者と共同で申請しますか? ☐ はい ☐ いいえ				
はいの場合、配偶者の名前を記入してください。				
b. 納税申告書に扶養家族を請求しますか? ☐ はい ☐ いいえ				
はいの場合、扶養家族の名前をリストします。				
c. 誰かの申告書に扶養家族として記載されますか? ☐ はい ☐ いいえ				
はいの場合、税申告者の名前を記載してください。 税申告者との関係にしていますか?				
8. 妊娠していますか? ☐ はい ☐ いいえ a. はいの場合、この妊娠中に何人の赤ちゃんが予想されますか?				
9. 健康保険が必要ですか?すでにカバレッジを持っているとしても、より良いカバレッジまたはより低いコストのプログラムがあるかもしれません。				
☐ はい。はいの場合は、以下のすべての質問に答えてください。 ☐ いいえ。いいえの場合は、3ページの収入に関する質問にスキップしてください。このページの残りの部分は空白のままにします。				
10. 身体的、精神的、または感情的な健康状態により、活動（入浴、着替え、日常の家事など）に制限がある、特別な医療が必要である、または医療施設や介護施設に住んでいるという方はいらっしゃいますか? ☐ はい ☐ いいえ				
11. ご自身は米国市民ですか、それとも米国国民ですか? ☐ はい ☐ いいえ				
12. ご自身は帰化または派生した市民ですか?（これは通常、ご自身が米国外で生まれたことを意味します）				
☐ はい。はいの場合、aとbを完了します。 ☐ いいえ。いいえの場合は、質問13に進みます。				
a. 外国人番号:		b. 証明書番号:		aとbを完了したら、質問14にスキップします。
13. ご自身が米国市民または米国国民でない場合、ご自身は適格な移民ステータスを持っていますか? ☐ はい。ドキュメントタイプとID番号を入力します。				
説明セクションへ。				
入国管理書類の種類	ステータスタイプ（オプション）	入国管理書類に記載されているとおりに名前を書いてください。		
外国人番号またはI-94番号	カード番号またはパスポート番号			
SEVIS IDまたは有効期限（オプション）	その他（カテゴリコードまたは発行国）			
a. 1996年からアメリカに住んでいますか? ☐ はい ☐ いいえ				
b. ご自身、ご自身の配偶者や親は、米軍の退役軍人または現役の軍人ですか? ☐ はい ☐ いいえ				
14. 過去3か月の医療費の支払いについてサポートが必要ですか? ☐ はい ☐ いいえ				
15. 19歳未満の子供が1人以上いて、その子供の世話をしているのはご自身ですか?				
（ご自身またはご自身の配偶者がこの子の世話をしている場合は、「はい」と記入してください） ☐ はい ☐ いいえ				
ご自身の世帯に同居している19歳以下の子供の名前と関係を記入してください:				
16. フルタイムの学生ですか? ☐ はい ☐ いいえ				
17. 18歳以上の時に里親でしたか? ☐ はい ☐ いいえ				

(次のページに続く)



オプション：（この情報を提供しても、資格、プラン・オプション、費用には影響しません）。

該当するものをすべて記入してください。

19. 人種：

☐ 白人 ☐ 黒人またはアフリカ系アメリカ人 ☐ アメリカンインディアンまたはアラスカ先住民 ☐ フィリピン人 ☐ 日本人 ☐ 韓国人 ☐ アジア系インド人
☐ 中国語 ☐ ベトナム人 ☐ 他のアジア人 ☐ ハワイ先住民 ☐ グアムまたはチャモロ人 ☐ サモア人 ☐ 他の太平洋諸島民 ☐ その他

回答を1つ選んでください。

20. 生れ付き性別（出生証明書に記載されていることもある）：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ その他： ☐ 不知 ☐ 答えたくない

21. 現在の性別：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ トランス女性 ☐ トランス男性 ☐ 別の用語： ☐ 不知 ☐ 答えたくない

22. 性的指向：

☐ バイセクシュアル ☐ レズビアンまたはゲイ ☐ ストレート（レズビアンでもゲイでもない） ☐ 別の用語： ☐ 不知
☐ 答えたくない

ステップ2：人物 1（続き）

現在の仕事と収入の情報

☐ **現職：** 現在雇用されている場合は、収入について教えてください。項目23からスタートしてください。 ☐ **無職：** 項目33にスキップします。 ☐ **自営業：** 項目32にスキップします。

現在の仕事1：

23. 雇用者名

a. 雇用主の住所（オプション）

b. 市

c. 州

d. 郵便番号

24. 雇用主の電話番号

25. 賃金/チップ（税抜き）

\$

☐ 毎時

☐ 毎週

☐ 2週間ごと

☐ 月に二回

☐ 毎月

☐ 毎年

26. 毎週の平均労働時間

現在の仕事2：（追加の仕事があり、より多くのスペースが必要な場合は、別の用紙を添付してください）

27. 雇用者名

a. 雇用主の住所（オプション）

b. 市

c. 州

d. 郵便番号

28. 雇用主の電話番号

29. 賃金/チップ（税抜き）

\$

☐ 毎時

☐ 毎週

☐ 2週間ごと

☐ 月に二回

☐ 毎月

☐ 毎年

30. 毎週の平均労働時間

31. この1年間で、以下のようなことをしましたか？ ☐ 転職した ☐ 仕事をやめた ☐ より少ない時間で働き始めた ☐ これらのいずれでもない

32. 自営業の場合は、aとbに教えてください：

a. 仕事の種類：

b. 今月、この自営業からどのくらいの純収入（事業費が支払われた後の利益）が得られますか？

\$

説明セクションへ。

（次のページに続く）



33. 今月得られるその他の収入：該当するものをすべて記入し、金額と入手頻度を記入してください。ない場合はここを選択してください。○
 注記：児童扶養手当、退役軍人恩給、SSI (Supplemental Security Income) などの収入については、申告する必要はありません。

○ 失業 \$ どのくらいの頻度で?	○ 受け取った慰謝料（注記：2019年1月1日より前に確定した離婚の場合のみ） \$ どのくらいの頻度で?
○ 年金 \$ どのくらいの頻度で?	○ 農業・漁業（正味金額） \$ どのくらいの頻度で?
○ 社会保障 \$ どのくらいの頻度で?	○ レンタル・ロイヤルティ（正味金額） \$ どのくらいの頻度で?
○ リタイアメントアカウント \$ どのくらいの頻度で?	○ その他の収入、タイプ： \$ どのくらいの頻度で?

34. 控除：該当するものをすべて記入し、金額と入手頻度を記入してください。連邦所得税の申告で控除できる特定のものを支払っている場合、それを伝えることで健康保険料が少しでも安くなる可能性があります。
 あなたが支払っている養育費または自営業（質問32b）の回答ですでに考慮されている費用は含めないでください。

○ 受け取った扶養手当（注記：2019年1月1日より前に確定した離婚の場合のみ） \$ どのくらいの頻度で?	○ その他の控除、タイプ：
○ 学生ローンの利子 \$ どのくらいの頻度で?	\$ どのくらいの頻度で?

35. その年の収入が変化する、例えば1年のうち一部しか仕事をしていない場合、または特定の月だけ手当をもらっている場合。毎月の収入に変化がないと思われる方は、次の方にお進みください。➡

今年のご自身の総収入 \$	来年の総収入（異なると思われる場合） \$ ○ 収入を予測するのが難しいと思われる場合は記入してください。
---------------------------------------	---

ありがとうございます！ご自身のことを知るために必要なのは、これだけです。



ステップ2：人物2

注記：この人が健康保険を必要としない場合は、このページの質問1~10に答えてください。世帯に2人以上いる場合は、ページ5~7のコピーを作成してください。

このページでは、配偶者やパートナー、同居している子供、そして連邦所得税申告書を提出している場合、その申告書に記載されているすべての人物についてご記入ください。確定申告をしない場合でも、同居している世帯員を追加することを忘れないでください。誰を含めるかについての詳細は、1ページを参照してください。

1. 名前		ミドルネーム		苗字		サフィックス	
2. 人物1との関係は？説明セクションへ。		3. 人物2は結婚していますか？ ☐ はい ☐ いいえ		4. 生年月日 (mm/dd/yyyy)		5. 性別 ☐ 女性 ☐ 男	
6. 社会保障番号 (SSN)		★		人物2の健康保険が必要で、人物2にSSNがある場合は、この情報が必要です。			
7. 人物2は人物1と同じ住所に住んでいますか？ ☐ はい ☐ いいえ そうでない場合は住所を記入してください。							
8. 人物2は、来年、連邦所得税申告書を提出する予定ですか？(人物2が連邦所得税の申告をしていなくても、保険に加入することができます)。 ☐ はい。はいの場合、項目aからcに回答してください。 ☐ いいえ。いいえの場合は、項目cにスキップします。							
a. 人物2は配偶者と共同で申請しますか？ ☐ はい ☐ いいえ はいの場合、配偶者の名前を記入してください。							
b. 人物2は確定申告で扶養家族を申請しますか？ ☐ はい ☐ いいえ はいの場合、扶養家族の名前をリストします。							
c. 人物2は誰かの確定申告の際に扶養家族として申請されるのでしょうか？ ☐ はい ☐ いいえ はいの場合、税申告者の名前を記載してください。 人物2は税申告者とどのように関連していますか？							
9. 人物2は妊娠していますか？ ☐ はい ☐ いいえ a. はいの場合、この妊娠中に何人の赤ちゃんが予想されますか？							
10. 人物2には健康保険が必要ですか？(人物2が保険に加入していても、より良い保障や低コストのプログラムがあるかもしれません)。 ☐ はい。はいの場合は、以下のすべての質問に答えてください。 ☐ いいえ。いいえの場合は、5ページの収入に関する質問にスキップしてください。 このページの残りの部分は空白のままにします。							
11. 人物2は、身体的、精神的、または感情的な健康状態により、活動（入浴、着替え、日常の家事など）に制限があるか、特別な医療が必要か、または医療施設や介護施設に住んでいますか？ ☐ はい ☐ いいえ							
12. 人物2は米国市民ですか、それとも米国国民ですか？ ☐ はい ☐ いいえ							
13. 人物2は帰化または派生した市民ですか？(これは通常、米国外で生まれたことを意味します)。 ☐ はい。はいの場合、aとbを完了します。 ☐ いいえ。いいえの場合は、質問14に進みます。							
a. 外国人番号		b. 証明書番号		aとbを完了したら、質問15にスキップします。			
14. 人物2が米国市民または米国国民でない場合、適格な移民ステータスを持っていますか？ ☐ はい。ドキュメントタイプとID番号を入力します。説明セクションへ。		入国管理書類の種類：		ステータスタイプ（オプション）：		入国管理書類に記載されている人物2の名前を記入してください。	
外国人番号またはI-94番号		カード番号またはパスポート番号		SEVIS IDまたは有効期限（オプション）		その他（カテゴリコードまたは発行国）	
a. 人物2は1996年から米国に住んでいますか？ ☐ はい ☐ いいえ							
b. 人物2、または人物2の配偶者や親は、退役軍人または米軍の現役軍人ですか？ ☐ はい ☐ いいえ							
15. 人物2は、過去3ヶ月間の医療費の支払いに援助を求めていますか？ ☐ はい ☐ いいえ							
16. 人物2は、19歳未満の子ども1人以上と同居しており、その子どもの世話をしているのは人物2ですか？ (人物2またはその配偶者がこの子供を養育している場合は「はい」と記入してください)。 ☐ はい ☐ いいえ							
17. 世帯内で人物2と同居している19歳未満の子供の名前と関係を教えてください：(2ページ目に記載されている子供たちと同じであっても構いません)							
人物2は18歳以上の時点で里親でしたか？ ☐ はい ☐ いいえ							
人物2が22歳以下の場合は、次の質問に答えてください：							
18. 人物2は仕事を通じて保険に加入し、過去3か月以内に保険を失いましたか？ ☐ はい ☐ いいえ							
a. はいの場合、終了日：		b. 保険が終了した理由：					
19. 人物2はフルタイムの学生ですか？ ☐ はい ☐ いいえ							

(次のページに続く)



申請サポートが必要ですか？HealthCare.govをご覧ください。1-800-318-2596までお電話ください。英語以外の言語でのサポートが必要な場合は、1-800-318-2596に電話して、カスタマーサービス担当者に必要な言語を伝えてください。無料でサポートを提供します。TTYユーザー用番号：1-855-889-4325。



オプション：（この情報を提供しても、資格、プラン・オプション、費用には影響しません）。

該当するものをすべて記入してください。

21. 人種：

☐ 白人 ☐ 黒人またはアフリカ系アメリカ人 ☐ アメリカンインディアンまたはアラスカ先住民 ☐ フィリピン人 ☐ 日本人 ☐ 韓国人 ☐ アジア系インド人
☐ 中国語 ☐ ベトナム人 ☐ 他のアジア人 ☐ ハワイ先住民 ☐ グアムまたはチャモロ人 ☐ サモア人 ☐ 他の太平洋諸島民 ☐ その他

回答を1つ選んでください。

22. 生れ付き性別（人物2の出生証明書に記載されていることもある）：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ その他： ☐ 不知 ☐ 答えたくない

23. 現在の性別：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ トランス女性 ☐ トランス男性 ☐ 別の用語： ☐ 不知 ☐ 答えたくない

24. 性的指向：

☐ バイセクシュアル ☐ レズビアンまたはゲイ ☐ ストレート（レズビアンでもゲイでもない） ☐ 別の用語： ☐ 不知 ☐ 答えたくない

ステップ2：人物2

人物2の収入について教えてください。人物2が健康保険を必要としない場合でも、このページに記入してください。

現在の仕事と収入の情報

☐ **現職：** 人物2が現在雇用されている場合は、その収入について教えてください。項目25からスタートしてください。 ☐ **無職：** 項目35にスキップします。 ☐ **自営業：** 項目34にスキップします。

現在の仕事1：

25. 雇用者名

a. 雇用主の住所（オプション）

b. 市

c. 州

d. 郵便番号

26. 雇用主の電話番号

27. 賃金/チップ（税抜き）

☐ 毎時

☐ 毎週

☐ 2週間ごと

28. 毎週の平均労働時間

\$

☐ 月に二回

☐ 毎月

☐ 毎年

現在の仕事2：（人物2にさらに仕事がある場合は、別の用紙を添付してください）

29. 雇用者名

a. 雇用主の住所（オプション）

b. 市

c. 州

d. 郵便番号

30. 雇用主の電話番号

31. 賃金/チップ（税抜き）

☐ 毎時

☐ 毎週

☐ 2週間ごと

32. 毎週の平均労働時間

\$

☐ 月に二回

☐ 毎月

☐ 毎年

33. 昨年、人物2は以下のいずれかを行いましたか？ ☐ 転職した ☐ 仕事をやめた ☐ より少ない時間で働き始めた ☐ これらのいずれでもない

34. 人物2が自営業の場合は、aとbに教えてください：

a. 仕事の種類：

b. 今月、人物2はこの自営業からどのくらいの純収入（事業費が支払われた後の利益）を得るでしょうか？説明セクションへ。

\$

（次のページに続く）



35. 人物2が今月受け取るその他の収入：該当するものをすべて記入し、人物2がそれを受け取る金額と頻度を記入してください。ない場合はここを選択してください。○ 注記：人物2の児童扶養手当、退役軍人恩給、SSI (Supplemental Security Income) などの収入については、申告する必要はありません。	
○ 失業 \$ どのくらいの頻度で？	○ 受け取った慰謝料（注記：2019年1月1日より前に確定した離婚の場合のみ） \$ どのくらいの頻度で？
○ 年金 \$ どのくらいの頻度で？	○ 農業・漁業（正味金額） \$ どのくらいの頻度で？
○ 社会保障 \$ どのくらいの頻度で？	○ レンタル・ロイヤリティ（正味金額） \$ どのくらいの頻度で？
○ リタイアメントアカウント \$ どのくらいの頻度で？	○ その他の収入、タイプ： \$ どのくらいの頻度で？
36. 控除：該当するものをすべて記入し、人物2がそれを受け取る金額と頻度を記入してください。人物2が連邦所得税の申告で控除できる特定のものを支払っている場合、それを伝えることで健康保険料が少しでも安くなる可能性があります。 人物2が支払っている養育費または自営業（質問34b）の回答で、すでに考慮されている費用は含めないでください。	
○ 受け取った扶養手当（注記：2019年1月1日より前に確定した離婚の場合のみ） \$ どのくらいの頻度で？	○ その他の控除、タイプ：
○ 学生ローンの利子 \$ どのくらいの頻度で？	\$ どのくらいの頻度で？
37. 人物2が1年の一部しか仕事をしていない場合や、特定の月に給付金を受け取っている場合など、人物2の収入が1年間で変化する場合はみ記入してください。人物2が月収に変化を期待していない場合は、次の人物へスキップしてください。➡	
今年のご自身の総収入 \$	来年の総収入（異なると思われる場合） \$ ○ 収入を予測するのが難しいと思われる場合は記入してください。

ありがとうございます！人物2について知っておく必要があるのはこれだけです。





ステップ3: アメリカンインディアンまたはアラスカ先住民 (AI/AN) の世帯員

1. ご自身またはご自身の家族の誰かがアメリカンインディアンまたはアラスカ先住民ですか？

- ☐ いいえ。いいえの場合は、ステップ4に進みます。 ☐ はい。はいの場合は、ステップ4に進み、付録Bに記入して、アプリケーションに含めます。

ステップ4: ご自身の世帯の健康保険

1. この申請書に記載されている人の中で、過去90日以内にメディケイドまたは子供健康保険プログラム (CHIP) の資格がないと判断された人はいますか？

(マーケットプレイスではなく、ご自身の州でこの保険に加入する資格がないと判断された人がいる場合のみ、「はい」を選択してください) ☐ はい ☐ いいえ

誰が? 日にち:

あるいは、過去5年間に、移民のステータスを理由にメディケイドやCHIPの資格がないと判断された申請者はいますか? ☐ はい ☐ いいえ

誰が?

この申請書に記載されている人は、マーケットプレイスのオープンエンロールメント期間中、または適格なライフイベント後に保険を申請しましたか? ☐ はい ☐ いいえ

誰が?

2. この申請書に記載されている人は、仕事で健康保険に加入していますか? 親や配偶者など、他の人の仕事による保険であっても、その人が保険を受け入れていなくても、「はい」にチェックを入れます。提供されるカバレッジがCOBRAのみである場合は、いいえをチェックしてください。

☐ はい。続けて、付録Aを完成させてください。 ☐ いいえ。

はいの場合、これは州の従業員福利厚生プランですか? ☐ はい ☐ いいえ

申請書に記載されている人で、個人向け保険 (Health Reimbursement Arrangement (HRA) (医療費払戻手配)) に加入している方はいますか? またはQualified Small Employer HRA (QSEHRA) (適格な小規模事業主のHRA)? ☐ はい ☐ いいえ

3. 現在、健康保険に加入している方はいますか？

☐ はい。はいの場合は、質問4に進みます。 ☐ いいえ。いいえの場合は、ステップ5にスキップします。

4. 現在の健康保険に関する情報。(現在、2人以上が健康保険に加入している場合は、このページのコピーを作成してください)

雇用保険、COBRA、メディケイド、CHIP、メディケア、TRICARE、VAヘルスケアプログラム、Peace Corps、その他など、保険の種類を記入してください。(Direct CareやLine of Dutyをお持ちの方は、TRICAREについては記述しないでください)

人物1:	健康保険に加入している人の名前	
	カバレッジの種類:	
	☐ 雇用者保険 ☐ COBRA ☐ メディケイド ☐ CHIP ☐ メディケア ☐ TRICARE ☐ VAヘルスケアプログラム ☐ 平和部隊 ☐ その他	
	雇用者保険の場合: (付録Aにも記入する必要があります)	
人物2:	健康保険会社名ポリシー/ID番号	ポリシー/ID番号
	別の種類のカバレッジの場合: ☐ これがマーケットプレイスの健康保険である場合は記入してください。	
	健康保険会社名	ポリシー/ID番号
これは学校の傷害保険のような限定的な給付プランなのでしょうか? ☐ はい ☐ いいえ		

人物2:	健康保険に加入している人の名前	
	カバレッジの種類:	
	☐ 雇用者保険 ☐ COBRA ☐ メディケイド ☐ CHIP ☐ メディケア ☐ TRICARE ☐ VAヘルスケアプログラム ☐ 平和部隊 ☐ その他	
	雇用者保険の場合: (付録Aにも記入する必要があります)	
人物3:	健康保険会社名ポリシー/ID番号	ポリシー/ID番号
	別の種類のカバレッジの場合: ☐ これがマーケットプレイスの健康保険である場合は記入してください。	
	健康保険会社名	ポリシー/ID番号
これは学校の傷害保険のような限定的な給付プランなのでしょうか? ☐ はい ☐ いいえ		

投票登録に関する情報をご希望しますか? (任意)	☐ します ☐ しません ☐ お答えしたくありません
	各州の情報、登録期限、リソース等を Vote.gov のサイトをご参照ください。



ステップ5：ご自身の同意と署名

1. 今後5年間、マーケットプレイスが確定申告書の情報を含む収入データを使用することに同意しますか？..... ☐ はい ☐ いいえ
T将来の保障範囲の支払いを支援する資格を簡単に判断できるようにするために、マーケットプレイスが納税申告書からの情報を含む更新された所得データを使用することを許可することに同意できます。マーケットプレイスから通知が送信され、変更を加えることができます。マーケットプレイスでは、お客様が引き続き適格であるかどうかを確認し、お客様の収入が引き続き適格であるかどうかを確認しなければならない場合もあります。いつでもオプトアウトできます。

いいえの場合、次の期間の間、情報を自動的に更新する： ☐ 5年 ☐ 4年 ☐ 3年 ☐ 2年 ☐ 1年

☐ 医療保険の支払い支援を受ける資格の更新に、私の納税データを使用しない（このオプションを選択すると、更新時に医療保険の支払い支援を受けることができなくなる可能性があります）。

2. 今回の申請で健康保険を申請する人の中に、投獄されている人（拘留されている人、刑務所に入っている人）はいますか？..... ☐ はい ☐ いいえ
はいの場合、その人の名前を教えてください。投獄された人の名前は次のとおりです：

☐ この人が罪状処理を受けている場合はここに記入してください。

ご自身の申請書に記載されている人がマーケットプレイスの保険に加入していて、後に他の健康保険（メディケア、メディケイド、CHIPなど）に加入する資格があることが判明した場合、マーケットプレイスはその人のマーケットプレイスプランの保険を自動的に終了します。これにより、他の対象となる保障範囲があることが判明した場合、Marketplaceの保障範囲に登録されたままにならず、全額を支払う必要がなくなります。

☐ 私は、このような状況において、マーケットプレイスが私の申請書に記載されている人のマーケットプレイスでの保障を終了させることに同意します。

☐ 私は、このような状況で、マーケットプレイスが保険を終了することを許可しません。私は、私の申請書に記載されている人はこのような状況において、経済的支援を受けることができなくなり、マーケットプレイスプランの費用を全額支払わなければならないことを理解しています。

この申請書に記載されている人がメディケイドの資格を持っている場合：

- 私はメディケイド機関に、他の健康保険や訴訟和解金などの第三者からお金を追求して得るための権利を与えます。私はまた、配偶者または親から医療支援を追求し、受ける権利をメディケイド機関に与えます。
- この申請書に記載されている子供の中で、親が家の外で暮らしている人はいますか？..... ☐ はい ☐ いいえ
- 「はい」の場合、不在の親から医療費を徴収する機関への協力を求められることを理解しています。医療費の徴収に協力することで、自分や子どもに危害が及ぶと考えられる場合は、その旨をメディケイドに伝えることで、協力しないですむ場合もある。
- 私は偽証罪の罰則の下でこの申請書に署名しています。つまり、私の知る限り、このフォームのすべての質問に真の回答を提供しました。私が故意に虚偽または虚偽の情報を提供した場合、連邦法に基づく罰則の対象となる可能性があることを承知しています。
- 私は、この申請書に書いた内容に何か変更があった（違いがある）場合、30日以内にHealth Insurance Marketplace®に報告しなければならないことを承知しています。HealthCare.govにアクセスするか、1-800-318-2596に電話して変更を報告できることを承知しています。私の情報の変更は、私の資格だけでなく、私の世帯のメンバーの資格にも影響を与える可能性があることを理解しています。
- 連邦法では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、性的指向、性同一性、または障害に基づく差別は許可されていないことを承知しています。私は、HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaintにアクセスして、差別に関する苦情を申し立てることができることを理解しています。
- このフォームの情報は、健康保険の適格性を判断し、保険の支払いを支援し（要求された場合）、マーケットプレイスおよび保険の支払いを支援するプログラムの合法的な目的のためにのみ使用されることを承知しています。

この情報は、お客様が健康保険を申請する際に、保険料を支払う資格があるかどうかを確認するために必要です。電子データベースおよび内国歳入庁（IRS）、社会保障、国土安全保障省、および/または消費者報告機関からのデータベースの情報をを使用して、回答を確認します。情報が一致しない場合は、お客様に確認のご連絡をお願いすることがあります。

資格通知が間違っていると思われる場合はどうすればよいですか？

申請書を処理した後、「資格通知書」が郵送されます。資格に同意できない場合は、多くの場合、上訴を求めることができます。資格通知には、保険を申請した世帯の各人に固有のapel方法が記載されており、apelを申請するために必要な日数などが記載されています。申し立てをリクエストする際に考慮すべき重要な情報は次のとおりです。

- お望みの場合、誰かにご自身のapelを依頼したり、参加してもらうこともできます。その人は、友人、親戚、弁護士、またはその他の人物でも可能です。または、自分で上訴をリクエストして参加することもできます。
- 上訴をリクエストした場合、上訴が保留状態の間、保障の対象を維持できる場合があります。
- 上訴の結果は、ご自身の世帯の他のメンバーの適格性を変える可能性があります。

マーケットプレイスの適格性の結果を上訴するには、HealthCare.gov/marketplace-appealsにアクセスしてください。またはMarketplace Call Center（1-800-318-2596）にお問い合わせください。TTYユーザー用番号：1-855-889-4325。また、上訴書または上訴を求めるご自身の手紙を下記の住所に郵送していただくこともできます：Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001。マーケットプレイスでの健康保険の購入、登録期間、税額控除、費用負担軽減、メディケイド、CHIPなどの資格が認められなかった場合には、これらに関して上訴することができます。税額控除または費用分担の削減の資格がある場合は、資格があるとマーケットプレイスが判断した金額に対して上訴することも可能です。州によっては、マーケットプレイスを通じて上訴できる場合もあれば、州のメディケイドまたはCHIP機関に上訴を要求する必要がある場合もあります。

人物1がこの申請書に署名する必要があります。

ご自身が委任された代理人の場合、人物1が付録Cに署名している限り、ここに署名することができます。

署名	署名日 (mm/dd/yyyy)

オープン・エンロールメント（11月1日から1月15日までの期間）以外でこのアプリケーションに署名する場合は、付録D（「生活の変化に関する質問」）を必ず確認してください。

申請サポートが必要ですか？ HealthCare.govをご覧ください。1-800-318-2596までお電話ください。英語以外の言語でのサポートが必要な場合は、1-800-318-2596に電話して、カスタマーサービス担当者に必要な言語を伝えてください。無料でサポートを提供します。TTYユーザー用番号：1-855-889-4325。



ステップ6 : 完了したアプリケーションを郵送



署名したアプリケーションを次の宛先に郵送します :

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

英語以外の言語でのサポート

ご自身、またはご自身がサポートしている方がHealth Insurance Marketplace®について質問がある場合、ご自身の言語でヘルプや情報を無料で得る権利があります。通訳者を通じたご連絡については1-800-318-2596にお電話ください。

利用可能な言語の一覧と、それらの言語における上記と同じメッセージは以下の通りです :

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

PRA開示声明 : 1995年の文書業務削減法によれば、有効なOMB管理番号が表示されていない限り、情報の収集に応答する必要はありません。この情報収集の有効なOMB管理番号は0938-1191です。この情報収集を完了するために必要な時間は、指示の確認、既存のデータリソースの検索、必要なデータの収集、および情報収集の完了と確認にかかる時間を含めて、応答ごとに平均45分と推定されます。時間の見積もりの正確さに関するコメントや、このフォームを改善するための提案がある場合は、次のアドレスにご連絡ください : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



申請サポートが必要ですか？ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) をご覧いただくか、**1-800-318-2596** までお電話ください。英語以外の言語でのサポートが必要な場合は、**1-800-318-2596** に電話して、カスタマーサービス担当者に必要な言語を伝えてください。無料でサポートを提供します。TTYユーザー用番号 : **1-855-889-4325**。

英語以外の言語でのサポート（続き）

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કોલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

PRA開示声明：1995年の文書業務削減法によれば、有効なOMB管理番号が表示されていない限り、情報の収集に応答する必要はありません。この情報収集の有効なOMB管理番号は0938-1191です。この情報収集を完了するために必要な時間は、指示の確認、既存のデータリソースの検索、必要なデータの収集、および情報収集の完了と確認にかかる時間を含めて、応答ごとに平均45分と推定されます。時間の見積もりの正確さに関するコメントや、このフォームを改善するための提案がある場合は、次のアドレスにご連絡ください： CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



付録A：仕事からの健康保険

世帯内の誰かが仕事による健康保険の資格を持っている場合を除き、これらの質問に答える必要はありません（その人が保険に加入していなくても構いません）。また、COBRAのみが提供されている場合は、これらの質問に答える必要はありません。保障を受けることができる仕事ごとに、このページのコピーを添付してください。

保障を提供する仕事について教えてください。

このページのコピーを作成し、健康保険を提供している雇用主に持っていき、一緒にこれらの質問に簡潔にお答えください。

従業員情報

1. 従業員名（名前、ミドルネーム、苗字）	2. 従業員の社会保障番号（SSN）

雇用者情報

3. 雇用主/会社名	
4. 雇用者識別番号（EIN）	5. 雇用主の電話番号

次に、従業員福利厚生を管理する個人または部門の情報を入力します。さらに詳しい情報が必要な場合は、この担当者につながる場合があります。

6. 従業員の健康保険について連絡できる人物または部門		
7. 雇用主の住所（マーケットプレイスはこの住所に通知を送信する場合があります）		
8. 市	9. 州	10. 郵便番号
11. 電話番号（上記と異なる場合）	12. 電子メールアドレス	

13. 従業員は、この雇用主から健康保険を提供されていますか？ 来月の初め（または、オープンエンrollment中に申請する場合は1月1日）の時点で保険のオフアーを受け取れる場合にのみ、「はい」を選択してください（11月1日～1月15日）。

- ☐ はい（続行）
 ☐ いいえ（雇用者：記入をやめて、この用紙を従業員に返却してください。
従業員：マーケットプレイスの保険アプリケーションにお戻りください。）

雇用主は、この従業員の配偶者または扶養家族を対象とする健康保険を提供していますか？

- ☐ はい。はいの場合、どの扶養家族が対象となりますか？ ☐ 配偶者 ☐ 扶養家族 ☐ いいえ（質問14に進みます）

従業員の家族の中で、この仕事から保険を受ける資格のある人の名前を記入してください。

名前

名前

名前

（次のページに続く）

ここには記入しないでください。これは情報提供のみを目的としています。



この雇用主が提供する健康保険について教えてください。

14. 雇用主は最低価値基準*を満たす健康保険を提供していますか？

☐ はい（質問15に進みます） ☐ いいえ（記入を中止し、このフォームを従業員に返却してください）

15. 最低価値基準*を満たす、従業員のみに提供される最も安価なプランの場合、従業員はいくら支払う必要がありますか？家族プランを含めないでください。

a. 従業員の支払う保険料：\$

注記：従業員が健康保険に支払うことができる最低額を入力します。

b. 従業員の支払う金額： ☐ 毎週 ☐ 2週間ごと ☐ 月に2回 ☐ 月に一度 ☐ 四半期ご ☐ 毎年

16. 質問代13番で他の世帯員が記載されている場合には：従業員と質問13に挙げた世帯員をカバーする最も安価なプランの場合、従業員はいくら支払うことになりますか？雇用主がウェルネスプログラムを提供している場合、従業員がタバコの禁煙プログラムに対して最大限の割引を受け、ウェルネスプログラムに基づく他の割引を受けなかった場合に支払う保険料を記入してください。

a. 従業員の支払う保険料：\$

b. 従業員の支払う金額： ☐ 毎週 ☐ 2週間ごと ☐ 月に2回 ☐ 月に一度 ☐ 四半期ご ☐ 毎年

*健康保険は、標準的な人口の医療サービスの総費用の少なくとも60%を支払い、病院および医師のサービスを実質的にカバーする場合、最低価値基準を満たします。仕事をベースにしたプランは、ほとんどが最低価値基準を満たしています。

ここには記入しないでください。これは情報提供のみを目的としています。

付録B



Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027



付録C：このアプリケーションを完了するために支援

認定アプリケーションカウンセラー、ナビゲーター、エージェント、ブローカーのみ

ご自身が認定された申請カウンセラー、ナビゲーター、エージェント、またはブローカーで、他の人のためにこの申請を行う場合は、このセクションに記入してください。

1. アプリケーション開始日	
2. 名前、ミドルネーム、苗字、サフィックス	
3. 組織名	
4. ID番号（該当する場合）	5. エージェント/ブローカーのみ：NPN番号

正式な代表者を選ぶことができます。

申請者は、信頼できる方に、本申請についてマーケットプレイスと話をすること、申請者の情報を見ること、本申請に関する情報を得ることや申請者に代わって本申請に署名することなど、本申請に関連する事項を代行することを許可することができます。この人物は「正式代表者」と呼ばれます。正式代表者を変更または削除する必要がある場合は、マーケットプレイスにお問い合わせください。ご自身がこの申請書の誰かの法的に任命された代表者である場合は、申請書とともに証拠を提出してください。

1. 正式代表者の名前（名、ミドルネーム、姓）			
2. 住所		3. 自宅の住所2	
4. 市	5. 州	6. 郵便番号	
7. 電話番号			
8. 組織名			
9. ID番号（該当する場合）			

署名することにより、ご自身はこの人がご自身の申請書に署名し、この申請書に関する公式情報を入手し、この申請書に関連するすべての将来の問題についてご自身のために行動することを許可します。

10. このアプリケーションに記載されている人物1の署名	11. 署名日 (mm/dd/yyyy)





付録D：生活の変化に関する質問

(このページと一緒にこのアプリケーションの残りの部分を完了する必要があります。このページを単独で送信しないでください)

本申請書に記載されている方で、過去60日間に人生の転機（健康保険の喪失、結婚、出産など）があった方（または今後60日間に転機があると予想される方）は、このページに記入し、記入・署名した申請書と一緒に提出してください。特定の人生の変化により、マーケットプレイスでのカバレッジをすぐに開始できます。また、オープンエンロールメント（11月1日～1月15日）以外で申請する場合は、これらの質問に回答することをお勧めします。

これらの質問はオプションです。ご自身の生活環境が変わっていない場合は、回答を空白のままにすることができます。生活に変化がなくても、メディケイドとChildren's Health Insurance Program (CHIP)（児童医療保険プログラム）に一年中いつでも登録できます。連邦政府公認の部族やアラスカ先住民の株主は、年間を通じていつでもマーケットプレイスを通じて保険に加入することができます。

世帯の変化について教えてください。

1. 過去60日間に適格な健康保険を喪失した人、または今後60日間に適格な健康保険を喪失する見込みの方はいますか？

名前	カバレッジが終了した、または終了する日付 (mm/dd/yyyy)

2. 過去60日間に結婚した方はいますか？

名前	日付 (mm/dd/yyyy)

a. これらの方々の中で、過去60日間に資格のある健康保険に加入していた方はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合は、以下に名前を入力してください：

名前

3. 過去60日間に、投獄（拘禁または刑務所）から解放された方はいますか？

名前	日付 (mm/dd/yyyy)

4. 過去60日間に適格な移民ステータスを取得した人はいますか？

名前	日付 (mm/dd/yyyy)

5. 過去60日間に養子縁組をした方、養子縁組の手続きをされた方、または里親に預けられた方はいますか？

名前	日付 (mm/dd/yyyy)

6. 過去60日間に、子育て支援やその他の裁判所の命令によって扶養家族になった方はいますか？

名前	日付 (mm/dd/yyyy)

7. 過去60日間に引っ越しをした方はいますか？

名前	引っ越し日 (mm/dd/yyyy)

a. 以前の住所の郵便番号は何ですか？ ☐ 外国または米国の領土から引っ越した場合は、ここに記入してください

b. これらの方々の中で、過去60日間に資格のある健康保険に加入していた方はいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合は、以下に名前を入力してください：

名前