



資金援助申請書

Form content not retained in medical record.
For local storage only.

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

申請者名 (名、ミドルネーム、姓)	サービス場所
-------------------	--------

手順:申請書を記入し、以下のコピーを添付してください:

- 納税申告書と補足スケジュール (過去 2 年間)
- 社会保険給付※ (該当する場合)
- 別のページで、財政支援の必要性を説明してください※
- 給与明細※ (直近3か月分)
- 銀行取引明細書※ (全口座の直近 3 か月分)
- W-2 または失業声明※

私は、連邦または州の医療支援を申請したか、申請する予定です。または、医療交換プランの資格を確認しました。※ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 理由 _____	
係争中の訴訟、和解、人身傷害、または賠償請求があります。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 理由 _____	
私は自分の雇用主または配偶者の雇用主を通じて保険に加入しています。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 理由 _____	
世帯収入 (所得税申告書の記載と同額)	世帯規模 (所得税申告時に報告された患者、配偶者、扶養家族)

患者本人または責任者

氏名 (名、ミドルネーム、姓)		生年月日 (年、月、日)	
住所	市	州	ジップコード
電話番号	配偶者の有無※		
雇用状況 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生		雇用者名	
雇用期間	無職の日付/期間 (年、月、日)	あなたは別の納税申告書に申告されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合は、納税申告書を提出してください。)	

配偶者またはパートナー (財政支援の対象となるすべての患者アカウントを識別するために使用)

氏名 (姓、ミドルネーム、名)		生年月日 (年、月、日)	
雇用状況 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生		雇用者名	
雇用期間	無職の日付/期間 (年、月、日)		

※NHSC地区 (Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI, Albert Lea MN Behavioral Health (Fountain Centersを含む) には適用されません。

資金援助申請書 (続き)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

扶養家族 (4人以上の場合は別紙にご記入ください)

フルネーム	関係	生年月日 (年、月、日)
1.		
2.		
3.		
4.		

その他の収益・収入

説明	月収額

医療債務

種類	誰に	未払い残高	月賦
医師			
病院			
その他			

証明の署名

私は、記載されているすべての情報が真実であり、私の知る限り正しいことを保証します。ここにある情報はすべて私がMayo Clinicで受けた医療サービスに対する支払い能力の確認のために使用されることを理解し、Mayo Clinicとすべての関連クリニック、病院、団体が私の資金援助リクエストを検討するために必要な情報を共有することを許可します。私はここに、Mayo Clinic、すべてのMayo Clinicの関連会社、および代表者または代理人が、ここに含まれる情報を調査することを許可します。

患者本人または責任者の署名 ▶	日付 (年、月、日)
活字体による責任者氏名 (名、ミドルネーム、姓)	
配偶者またはパートナーの署名 ▶	日付 (年、月、日)
活字体による配偶者またはパートナー氏名 (名、ミドルネーム、姓)	