



2018年度の医療保険 (オバマケア)

講師: シン文恵, MSed, CAC

P: 212-442-1541 ext. 5; Email: fsingh@jassi.org

Japanese American Social Services, Inc. (JASSI)

<http://jassi.org>; 212-442-1541; info@jassi.org

November 9, 2017

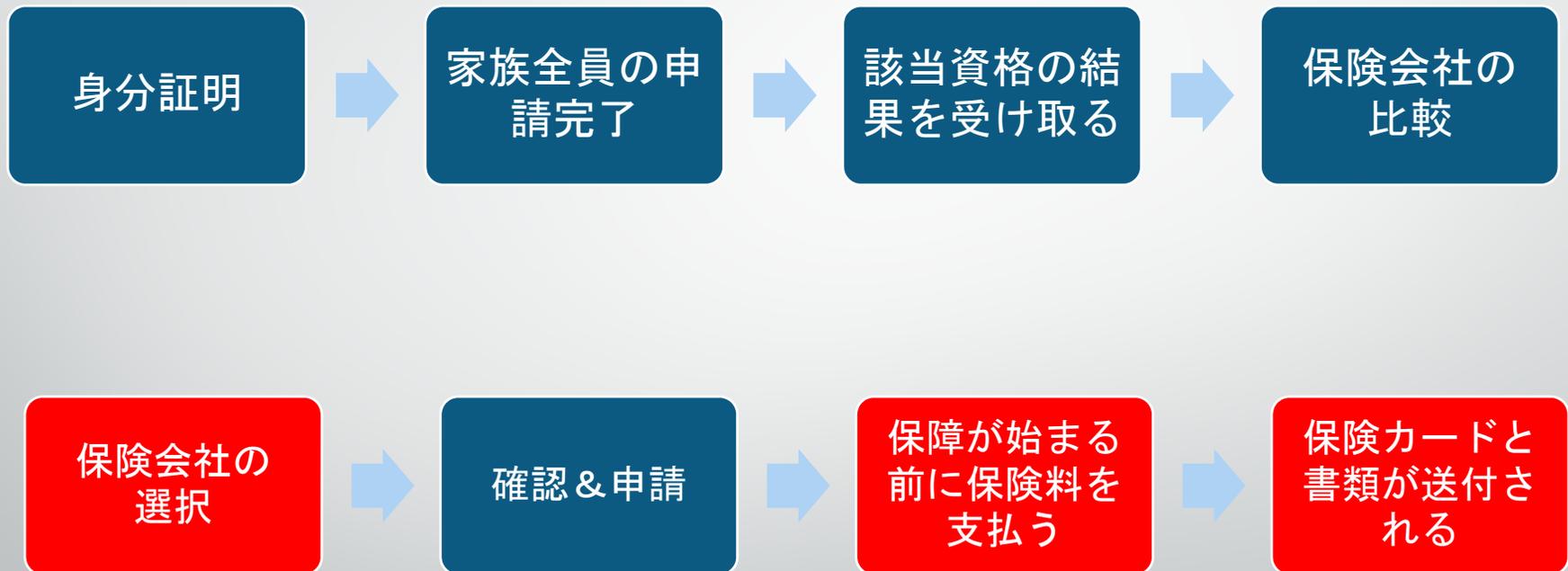
Funded by JMSA (米国日本人医師会)

カバーされる基本的な医療サービス (エッセンシャル・ヘルス・ベネフィット)

外来サービス	処方箋薬
救急サービス	リハビリ・サービスと医療器具
入院	ラボ・サービス
妊娠に関するケアと新生児へのケア	予防に関するサービスと慢性疾患の管理
精神疾患や薬物乱用に関するサービス(セラピー含む)	小児科に関するサービス(口外ケアや眼科ケアを含む)

※全てのプランが上記項目全てを満たしている場合、各プランでカバーされるプロバイダーや病院、保険料、質、細かい保障範囲などが異なるため、保険を購入する際はプラン内容をよく読むこと。

NYSOHでの保険申請の流れ



* ジャシーではこの青いボックスの部分のお手伝いをします。申請手続きは全て無料です。

身分証明

申請しなくても、世帯主が家族全員の情報を入力すること。有効なEメールアドレスと州政府発行のIDが必要。その他必要な情報は以下。

- 生年月日
- ソーシャルセキュリティーナンバー(例外あり)
- ニューヨーク州内の有効な住所
- 米国市民権、永住権、ビザやパスポートなどの証明
- その他以下の情報
 - 住宅ローンの支払い
 - 以前住んでいた住所と電話番号
 - 前職または現職の雇用先の情報
 - 学費や学生ローンなどの情報

※SSNがなく、身分証明ができなければ、IDのコピーをNYSOHIにファックスまたは郵送する必要があります。JASSIまでお知らせください。

NY State of Health (NYSOH)

ニューヨーク州居住者は、<https://nystateofhealth.ny.gov> を入力してニューヨーク州のマーケットプレースを利用する。



The screenshot shows the NY State of Health website homepage. At the top, there is a navigation bar with the logo and links for ABOUT, RESOURCES, FORMS, GET HELP, 1-855-355-5777, and LANGUAGES. Below the navigation bar, there is a news banner for Open Enrollment for Qualified Health Plans. The main content area features three promotional boxes: 'Surprisingly Affordable!', 'NY State of Health's NEW Essential Plan!', and 'Coverage is \$20 a month or free if you qualify'. Below these, there is a section for 'Find Us In Your Community!' with a link to an events map. The bottom section is titled 'Individuals & Families' and includes a photograph of a family and a 'GET STARTED' button.

加入資格

- ニューヨーク州民
- 合法滞在者
- メディケア未加入者
- 刑務所にいないこと

New York State State Agencies Search all of NY.gov

nystateofhealth
The Official Health Plan Marketplace

ABOUT RESOURCES GET HELP 1-855-355-5777 LANGUAGES

Individuals & Families Employers Employees Brokers Navigators

Individuals & Families

Beginning January 1, 2014, you and your family will have many new health insurance options available through the Individual Marketplace. You can quickly compare health plan options and apply for assistance that could lower the cost of health coverage. Individuals and families may also qualify for free or low-cost coverage from Medicaid or Child Health Plus through the Marketplace. Anyone who needs health coverage can apply.

Get Started

Returning Users
[CLICK HERE TO LOGIN](#) ▶
With your NYS GOV ID.

New Users
[CLICK HERE TO REGISTER](#) ▶
Create a NYS GOV ID.

- 1 Create an Account.**
 You can create an account online through the NY.GOV site. Once you provide an email address and some information about yourself, you'll get an email invitation to the Marketplace site and can get started! You can also call the Marketplace or get help in your community to set up an account.
- 2 Tell us about you and your family.**
 When you apply, you will need to provide information about each member of your family, including demographics, any health insurance you or your family already has, and your income, if you want help paying for health coverage.
- 3 Choose a health insurance plan.**
 You will choose a health plan for yourself and your family members. The Marketplace will show you the health plans available to you, the benefits covered by the plans, the doctors and facilities that participate in the plan network, and the cost of enrolling in the plan. You can pick plans for yourself and all of your eligible family members whether they qualify for Medicaid, Child Health Plus, or a plan offered through the Marketplace.

ここをクリックし、ユーザーネームとパスワードを入力してログイン

アカウント作成後、ユーザーネームとパスワードを取得。情報はいつでも更新可能。

罰金

2018年の罰金額はまだ通達されていませんが、2017年の金額(大人一人につき\$695,子ども一人につき\$347.50(家族で最高\$2,085まで)または世帯所得の2.5%(最高ブロンズレベルの平均年間保険料まで)どちらか多い方)よりも多くなるかもしれません。

罰金免除者

- 宗教で保険加入が禁止されている者
- Health Care Sharing Ministry のメンバー
- ネイティブ・アメリカン
- 受刑者
- 不法滞在者
- 保険未加入期間が1年のうち続けて3ヶ月未満の者
- 雇用先から提供されている保険料が世帯所得の9.69%以上になってしまう者
- MECを満たす保険に加入している者

MECを満たす保険プラン例

- マーケットプレースの保険
- 雇用主から提供される保険、退職プラン
- COBRA
- メディケア(パートAかC)
- エssenシャルプラン
- メディケイド
- チャイルドヘルスプラス
- TRICARE
- 学校の保険
- 健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会によって運営されている日本の健康保険

重要な日にち

2018年度医療保険申請期間

2017年11月1日～2018年1月31日(ニューヨーク州)

2017年11月1日: マーケットプレイス新規加入者が申請する初日

2017年11月16日: マーケットプレイス既存者が更新する初日

2017年12月15日: 2018年1月1日に保険適用のための最終加入日

2018年1月31日: 医療保険申請期間最終日

保険適用日

目的	申請期間	適用日
新規加入	2017年11月1日～2017年12月15日	2018年1月1日
更新	2017年11月16日～2017年12月15日	2018年1月1日
新規加入 / 更新	2017年12月16日～2018年1月15日	2018年2月1日
新規加入 / 更新	2018年1月16日～2018年1月31日	2018年3月1日

※保険が適用される前に最初の月の掛金を支払うこと。

特別加入期間

特別な理由: 60日以内に申請すること

- 現行の保険プラン (Minimum Essential Coverage: MEC) の喪失 (※保険料支払い滞納の理由以外)
- 結婚、出産、子どもの養子縁組などの家族構成の変更
- 妊娠 (※妊婦のみ保険に加入可能。60日以内の期限なし。保険適用日は医師からの妊娠証明による。妊娠が特別加入期間としてみなされるのはNY州。)
- 離婚 (※離婚が特別な理由とみなされるのは、離婚によって現行の保険プランを失効するときのみ。)
- 引越し (※NY州へ引越しする前60日間に1日でも保険に加入していたことが条件。ただし、日本などの海外からの引越しは例外)
- 経済的支援への該当資格を取得、または喪失したとき
- 米国市民権、または合法滞在の資格を得たとき
親の健康保険への加入資格を喪失したとき

基本的な保険用語

- **プレミアム(保険料)**: 保険会社に支払う料金。月額、年額、年4期で被保険者または雇用主が支払う。
- **コーペイ**: 保険プランが保障する医療サービスを受けたときに、被保険者が医療機関に支払う一定額(例:\$15)。医療サービスによって金額が異なることもある。
- **コインシュランス**: 保険適用時に被保険者が負担する割合(例:20%)。例えば、デダクタブルを満たした後、診察が\$100、コインシュランスが20%の場合、\$20を支払う。残りの80%(\$80)は保険会社が支払う。
- **デダクタブル(免責額)**: 保険会社が医療サービスを保障する前に被保険者が負担する金額。例えばデダクタブルが\$1,000の場合、\$1,000を最初に支払いこまなければ保険会社はカバーしない。また、すべての医療サービスにデダクタブルが適用されるとは限らない。
- **マキシマム・アウトオブポケット(自己負担限度額:MOOP)**: 保険会社が医療サービスを全額保障する前に、自分が負担する年間最高額。デダクタブル、コインシュランス、コーペイ、その他保障されなかった自己負担額を含む。

例) \$500デダクタブル、\$15コーペイ、
20%コーインシュランス、\$3,000MOOP
の保険プラン

以上の保険プランで医者に行き、次の日に入院・手術をした際、「Office Visit \$150, Medical Services & Hospital \$10,500」という医療費請求書が送付された。自己負担の総額はいくらになるか。

- Office Visit \$150, デダクタブル\$350 の支払いが必要。その他にかかった医療費は、残りの\$10,150に対する20%のコーインシュランスである\$2,030を負担する。したがって、この場合の自己負担費用総額は\$2,530 (\$530+\$2,000)
- 更に入院が長引き高額請求がきたとしても、年間自己負担限度額が\$3,000のため、\$470 (\$3,000-\$2,530)を支払い後、残りは保険会社が全額負担する。(一年単位)

デダクタブルを満たさなくても 保険会社から支払われる医療サービス

- 無料の予防サービス
- 予防接種、マンモグラムなどのがん検診、ピルなどの避妊薬、定期検診など。(参照: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>)
- プラチナ、ゴールド、シルバープランの処方せん薬はデダクタブルを満たさなくても保険が適用される。

※医師との診察の項目に「after the deductible met」と書かれていれば、コーペイやコーインシュランスを支払う前にデダクタブルを満たさなければならぬ。

マーケットプレイスの保険用語

- **世帯**: タックスリターンを一緒にファイルしている家族
- **アドバンス・プレミアム・タックス・クレジット (APTC)**: FPL (Federal Poverty Level); 連邦貧困レベル。100%~400%に該当する個人や小規模企業が保険料を減額するために使えるクレジット。このクレジットは NY State of Health (マーケットプレイス) を通して利用可能。世帯数と世帯家族全員の総収入で割り出される。夫婦であれば、夫婦合算申告をしていなければならない(例外あり)
- **コストシェアリング・リダクション (CSR)**: デダクタブル、コーインシュランス、コーペイなどの自己負担額を減額する補助。FPL 100%~250%に該当しており、マーケットプレイスを通してシルバーレベルの保険を購入したときのみ利用可能。
- **メタルレベル**: ブロンズ (60%) シルバー (70%) ゴールド (80%) プラチナ (90%) レベルは、実際に保険会社がどの割合で医療費を負担するか(コーインシュランス)を表している。マーケットプレイス内の保険会社はすべて、この4つのレベルのプランを提供している。デダクタブルとコーペイもメタルレベルで同じ。
- **フォーミュラリー**: 処方せん薬用プランによって保障されている処方せん薬の一覧。ドラッグ・リストとも呼ばれる。

APTCの使い方

	保険料を減額	連邦タックスリター の還付金	払い戻しの必要 の還付金
APTCを全額使用	はい	おそらくなし	おそらくあり
APTC を一部使用	はい	おそらくあり	おそらくなし
APTCを一切使用しない	いいえ	はい	いいえ

※収入や世帯数に変動があれば、すぐにマーケットプレイスに知らせること。正しいクレジットを受給し、払い戻しを防ぐことができる。

※例外に該当しない限り、結婚している人は夫婦合算申告をしないとAPTCを利用できない。

(* Married Filing Jointly, Single, Head of Household, or Qualifying Widow/WidowerがAPTC利用可能な税金申告ステータス)

※前年度にAPTCを利用して保険を購入していて2016年のタックスリターンをしていないと、該当しても2018年のAPTCはもらえないので注意。

2018年QHPプランの標準的な費用

メタルレベル	デダクタブル	MOOP
プラチナ	\$0	\$2,000
ゴールド	\$600	\$4,000
シルバー	\$2,000	\$6,750
シルバー (FPL200~250%)*	\$1,650	\$5,550
シルバー (FPL150~200%)*	\$250	\$2,100
シルバー (FPL100~150%)*	\$0	\$1,000
ブロンズ	\$4,000	\$7,150
カタストロフィック	\$7,350	\$7,350

※シルバーのFPLはCSRに該当する人の金額。

※慢性疾患があり、医療機関をよく利用する人はプラチナに加入した方が自己負担額を抑えられる。反対に、医療機関をあまり利用しない人はブロンズなど。

※カタストロフィックプランは、30歳未満の方がマーケットプレースから生活困難によるウェイバーを獲得した方が対象。

保険の種類

QHP			公的医療保険			
	掛金	デダクタブル			掛金	デダクタブル
プラチナ	非常に高い	非常に安い	エッセンシャル プラン	EP1	\$20	\$0
ゴールド	高い	安い		EP2	\$0	\$0
シルバー	普通	普通		EP3	\$0	\$0
ブロンズ	安い	高い		EP4	\$0	\$0
カタストロフィック	非常に安い	非常に高い	メディケイド		\$0	\$0
※ネットワーク内(ネットワーク外の医療機関で受診すると高額/全額自己負担になる)			エマージェンシー メディケイド		\$0	\$0

※該当資格を満たしているビザ保有者が加入可能な公的医療保険は、EP3, EP4, またはEM。

※ネットワークを確認するときは、保険会社と医療機関の両方に確認を取ること。

※子ども用公的医療保険には、子ども用メディケイドとチャイルドヘルスプラスがある。

収入がプランを決める重要なポイント

- すでに加わっている方は、10月頃に収入に関する詳細のお知らせが通達されます。
- 年収の申請には収入が毎年同じでない限り、昨年の収入を入力しないこと。現在の経済状況を把握して、2018年に稼ぐであろう収入を計算すること。
- 自営業者は経費を全て引くこと。(1040, Schedule C と 1099フォームを参照)
- 申請時に無職であれば、メディケイドやエッセンシャルプラン(EP)に該当する可能性がある。

2017年度連邦貧困レベル (Federal Poverty Level: FPL)

世帯数	100%	138%	150%	200%	250%	400%
1	\$12,060	\$16,643	\$18,090	\$24,120	\$30,150	\$48,240
2	\$16,240	\$22,411	\$24,360	\$32,480	\$40,600	\$64,960
3	\$20,420	\$28,180	\$30,630	\$40,840	\$51,050	\$81,680
4	\$24,600	\$33,948	\$36,900	\$49,200	\$61,500	\$98,400
5	\$28,780	\$39,716	\$43,170	\$57,560	\$71,950	\$115,120
6	\$32,960	\$45,485	\$49,440	\$65,920	\$82,400	\$131,840
7	\$37,140	\$51,253	\$55,710	\$74,280	\$92,850	\$148,560
8	\$41,320	\$57,022	\$61,980	\$82,640	\$103,300	\$165,280

エッセンシャルプラン(EP)

EPはニューヨーク州の公的医療保険で、デダクタブルがない。EPの種類によってデンタルやビジョンの付加、保険料、コストシェアリングやMOOPが異なる。年間を通して申請可能。

【該当資格】

- ニューヨーク州在住の19歳～64歳
- 在留資格がある
- メディケイド、チャイルドヘルスプラス(CHP)やAPTCに該当しない。
- 収入がFPL138%～200%
- 収入がFPL138%以下だが、移民ステータスがメディケイドに該当しない(ビザ保有者やGCを取得して5年未満の方など)

※ニューヨーク州の居住証明ができれば、学生や就労ビザを持つビザ保有者でもEPに加入できる。居住証明には賃貸契約書などの書類証明が必要。

EPの種類と負担金額

	米国市民もしくは永住権保持者*		ビザ保有者などの非移民 (アリエッサ移民)	
	EP1	EP2	EP3	EP4
該当所得	FPL150-200%	FPL139-150%	FPL100-138%	FPL100%以下
保険料	\$20	\$0	\$0	\$0
デダクタブル	\$0	\$0	\$0	\$0
MOOP	\$2,000	\$200	\$200	\$0
コストシェアリング	低額	処方せん薬のみ	処方せん薬のみ	\$0
デンタル&ビジョン	オプション	オプション	含む	含む

※EP3&EP4受給者はメディケイドのようなベネフィットカードが届く。2019年の税金申告で1095Bフォームを提出すること。

※旅行者ビザや学生ビザ保有者は、該当所得を満たしていても、「Residency Review」によってはEPを受給できず、エマージェンシーメディケイドになることがある。書類提出が肝心。

メディケイド

低所得者に提供される公的医療保険で、大人用、高齢者 & 障がい者用、妊婦用、子ども用とたくさんの種類がある。保険料、自己負担額、処方せん薬など医療費のほとんどを政府が負担する。年間を通して申請可能。

【該当資格】

- ニューヨーク州居住者*
- 19歳～64歳
- アメリカ市民、または永住権保持者*(GCを保持して5年以上経っていること)
- 所得がFPL138%以下

※18歳以下の子ども用メディケイドの該当所得はFPL154%以下。該当所得などを満たし、ビザを保有する子どもはチャイルドヘルスプラスに加入できる可能性あり。

※妊婦用メディケイドの該当所得はFPL223%。メディケイドよりも所得が少し上回る場合は、Medicaid Excess Income Program でメディケイドに加入できる可能性あり。

エマージェンシーメディケイド

「Emergency Medical Condition」と認められた場合のみ政府が保障する。治療をしないと臓器などの体の機能が深刻な状態になってしまう場合や、危篤状態のときに認められる。旅行者や学生、不法滞在者も対象。年間を通して申請可能。

【該当資格】

- ニューヨーク州居住者
- 所得がFPL138%以下

※通院等の通常のメディケイドとしては使えない。

会社から保険が提供されている方の オプション

- 会社から提供されている保険（グループ保険）はMECを満たすため、マーケットプレースのプランに変更、あるいは罰金を支払う必要なし。
- グループ保険の代わりにマーケットプレースの保険に加入することもできるが、収入が高い場合、APTCが利用できないために正規の値段で保険を購入する可能性が高い。なお、グループ保険は通常会社側が保険料をいくらか負担するため、安くて質のよい保険に加入できる。
- APTCを利用してマーケットプレースの保険に加入できるのは、従業員一人の保険料が世帯所得の9.69%になってしまうときのみ。
 - 例えば、あなた（従業員）だけの保険料が世帯所得の9.69%以下であれば、その保険は「Affordable」と考慮される。したがって、配偶者や子どもの合計保険料が世帯所得の9.69%以上になったとしても、それは手頃な保険とみなされる。
 - ※ただし、保険料が世帯所得の9.69%以下であっても、カバー率が悪いグループ保険（ERや予防ケアをカバーしない等）の場合は、APTCが利用可能。

COBRA保険

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) とは、特定の理由で保険を失った（元）従業員やその家族が、会社から提供されていたグループ保険に一定の期間（18ヶ月～36ヶ月）継続して加入できる保険。特定の理由とは、退職、失業、勤務時間の減少、次の雇用までの空いた時間、死亡や離婚など。保険料は全額自己負担。

- COBRAの保険料が高額で支払えない場合、以前加入していたグループ保険を失効した日から60日以内であれば、特別加入期間にマーケットプレースの保険に加入できる。COBRAの受給期間が終了してしまった人も同様。該当所得を満たせば、APTCやCSRを使って自己負担額を安くできる。
- すでにCOBRAに加入し始めて保険料が負担になっている方は、保険加入期間内であれば、COBRAを解約してマーケットプレースの保険に加入できる。その場合、マーケットプレースの保険が適用されてからCOBRAを解約すると保険未加入期間を防げる。

※保険加入期間外にCOBRAを解約しても、マーケットプレースの保険に加入できないので注意。

65歳以上の方の保険オプション

65歳以上の高齢者で、メディケアと高齢者用メディケイドへの該当資格のない方は、FPL100%からAPTCを利用して毎月の保険料を減額することができます。

子どもの世話をしている65歳以上の親や親戚で、メディケアとメディケイドへの該当資格のない方は、FPL138%からAPTCを利用できる（年齢制限のためエッセンシャルプランには加入不可）

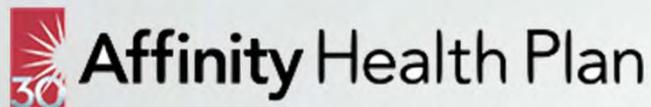
例）FPL105%の一人暮らしの65歳女性。永住権を取得し5年以上の女性だが、納税期間（約10年）が足りないためパートAが無料のメディケアには加入不可の場合：

保険オプション

1. 最寄りのメディケイドオフィスで、メディケイド・スPENDダウンに申請。
2. APTCとCSRを利用して、マーケットプレースで保険を購入。

※メディケア加入者はマーケットプレースの保険に加入できません。

2018年NYSOHに医療保険プランを 提供する保険会社(EP含む)



歯科保険を提供する保険会社と選び方

Compare plans			
1 - 3 Plans Compared			
	 DELIVERY SYSTEMS, INC.	 All Anthem Company	
	Select This Plan	Select This Plan	Select This Plan
Plan Name	Family Dental, NS, INN, DP, DEP	Empire Dental Family Enhanced, NS, OON, Adult/Family Dental, Dep25	Delta Dental PPO Basic Plan for Families NS OON Family Dental Dep 25
Monthly Premium	\$11 ⁰⁰	\$38 ⁴⁵	\$19 ⁰⁰
Metal	Low	High	Low
Medical Deductible	Not Applicable / per person not applicable per group not applicable	\$0 / \$0 per person per group not applicable	\$65 / \$65 per person \$195 per group
Drug Deductible	- / -	- / -	- / -
Combined Deductible	- / -	- / -	- / -
Maximum Out of Pocket	\$350 / \$350 per person \$700 per group	\$350 / \$350 per person \$700 per group	\$350 / \$350 per person \$700 per group
Out-of-Network Coverage	No	Yes	Yes
HSA Eligible	No	No	No
Adult Dental Care			
Benefit	In Network Cost Share	In Network Cost Share	In Network Cost Share
Basic Dental Care - Adult	\$36.00	20.00% Coinsurance after deductible	50.00% Coinsurance after deductible
Routine Dental Services (Adult)	\$36.00	No Charge after deductible	0.00% Coinsurance after deductible
Major Dental Care - Adult	\$36.00	50.00% Coinsurance after deductible	



税金申告の際、APTC
をクレームするための
用紙。
ブロンズ、ゴールド、
シルバー、プラチナプ
ランを持つQHP加入
者に対してマーケット
プレースが発行する。

※メディケイド、CHP、
EP3&EP4受給者には
1095Bが送付される。

Form **1095-A** Health Insurance Marketplace Statement OMB No. 1545-0222
 Department of the Treasury Internal Revenue Service
 Information about Form 1095-A and its separate instructions is at www.irs.gov/form1095a. CORRECTED **2014**

Part I Recipient Information

1 Marketplace identifier	2 Marketplace-assigned policy number	3 Policy issuer's name
4 Recipient's name	5 Recipient's SSN	6 Recipient's date of birth
7 Recipient's spouse's name	8 Recipient's spouse's SSN	9 Recipient's spouse's date of birth
10 Policy start date	11 Policy termination date	12 Street address (including apartment no.)
13 City or town	14 State or province	15 Country and ZIP or foreign postal code

Part II Coverage Household

A. Covered individual Name	B. Covered individual SSN	C. Covered individual Date of Birth	D. Covered individual Start Date	E. Covered individual Termination Date
16				
17				
18				
19				
20				

Part III Household Information

Month	A. Monthly Premium Amount	B. Monthly Premium Amount of Second Lowest Cost Silver Plan (SLCSP)	C. Monthly Advance Payment of Premium Tax Credit
21 January			
22 February			
23 March			
24 April			
25 May			
26 June			
27 July			
28 August			
29 September			
30 October			
31 November			
32 December			
33 Annual Totals			

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 607030Q Form **1095-A** (2014)

Part I

- ・加入者の情報

Part II

- ・このプランでカバーされている家族の情報
- ・各個人の保障期間

Part III

- ・QHPのEHB部分と独立型デンタルプランの保険料
- ・APTCを利用したSLCSPの保険料
- ・使用したAPTC(該当する場合)

NYSOH保険プランの更新方法の種類



1. 自動加入による自動更新(* 推奨)

- 何もする必要なし。NYSOHに個人情報を使用する許可をした人は、保険プランが自動的に更新される。
- 提出した収入の情報や連邦政府や州に記録されている情報によって該当資格も更新され、保険プランへの更新が完了する。
- APTCを含む保険加入に関する情報が送付されてくるので確認すること。自動更新を望まない場合は、情報をアップデートできる。
- MAからEPに移行されるなど該当資格が変わる場合は、(あれば)同じ保険会社のプランに自動更新される。

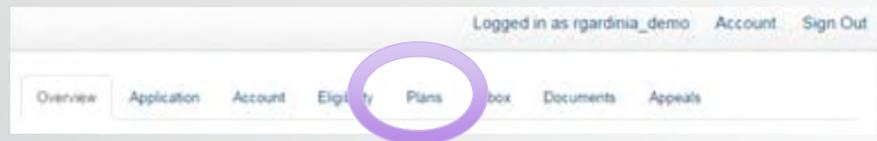
2. 自動加入なしの自動更新

- 保険プランを選択し、加入する必要あり。NYSOHに個人情報を使用する許可をしても、現行のプランが来年なくなったり、EPやMAからQHPに移行されたりする場合など、新しいプランを選択する必要がある。

3. 手動で更新

- 個人情報をアップデートする必要あり。NYSOHに個人情報を使用する許可をしなかった人や該当資格を決定するために収入の情報が必要な場合。保険プランの選択も必要。

自動加入による自動更新



Renewal Checklist

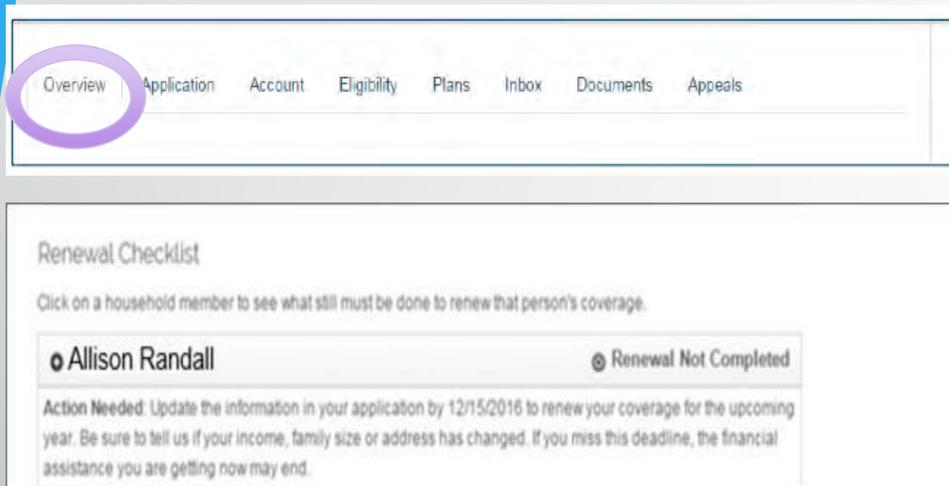
Click on a household member to see what still must be done to renew that person's coverage.

Program Eligibility	Eligibility Start Date	Marketplace ID
Essential Plan	01/01/2017	HX0000251389
Action Needed: You are enrolled into a plan for the upcoming year. Click on the Plans tab to review your coverage information, including any premiums you may owe.		

Program Eligibility	Eligibility Start Date	Marketplace ID
Essential Plan	01/01/2017	HX0000251419
Action Needed: You are enrolled into a plan for the upcoming year. Click on the Plans tab to review your coverage information, including any premiums you may owe.		

- NYSOHのウェブサイトでログインし、「Overview」のタブから「Renewal Checklist」を確認する。
 - 自動加入による自動更新が完了しても、「Action Needed」にやらなければいけないことが記載されていることがある。その場合は、「Plans」タブで掛金などの保障内容を確認し、もし他のプランに変更したければこの画面で変更する。
 - 自動更新された保険プランに満足しなければ、「Update Application」で情報をアップデートする。
- * 「Application」「Eligibility」「Plans」のタブに記載されている情報は2017年の保険のもの。

手動で更新



- NYSOHのウェブサイトでログインし、「Overview」のタブから「Renewal Checklist」を確認する。
- 来年の保険プランへの該当資格確認のために、「Update Application」をクリックして申請用紙の情報をアップデートする。
- * 「Plans」「Applications」のタブに書かれている情報は今年のもの

※必ず12月15日までに更新すること。その日までに更新しないと、2018年1月1日に保険が適用されないだけでなく、APTCが使えずに、掛金がフルコストになってしまう場合がある。

公的医療保険（メディケイド、 チャイルドヘルスプラス、EP1&2）の更新

メディケイドに加入している方の中には、混み合う医療保険申請期間を避けて早めに更新するよう通達を送付されたはずですが、もしその期間内に更新されなかった方は、現行の保険の切れる45日～15日前までの30日間に更新します。

例えば9月30日に失効する場合、8月15日～9月15日の間に更新して10月1日から利用できるようにします。

9月16日～9月30日に申請した場合は、11月1日から始まり、1ヶ月間無保険となるので注意が必要です。

*ただし、12月31日付で保険が失効する場合、同様のプランがあれば12月31日までに申請すれば2018年1月1日に適用されます。別のプランを選択すれば適用日は2018年2月1日となります。



Japanese American Social Services, Inc. 日米ソーシャルサービス

JASSIは、ニューヨーク市内やその近郊に居住する方々へ福祉サービスを提供するために1981年に創立された501(c)(c3)認定非営利団体です。言語、文化、および制度の違いから生じるさまざまな問題を抱え、支援が必要な方々の生活の質の向上を図ることをミッションに、「日系コミュニティの駆け込み寺」として専門教育・訓練を受けたバイリンガルスタッフがひとりひとりのニーズに合わせて秘密厳守のもと福祉サービスを無料で提供しています。

JASSIにはニューヨーク州認定保険カウンセラー（Certified Application Counselor）がいるので、ニューヨーク州在住者の保険申請・更新のお手伝いができます。お手伝いが必要な方は、212-442-1541 ext. 1 または info@jassi.org までお気軽にご連絡ください。