その他のフォーマットと言語
この文書は他の言語、大活字、点字またはご希望の形式にて無料で入手することができます。Explore Health（explorehealth@oha.oregon.govまたは855-268-3767［音声］）までお問い合わせください。すべてのリレー通話サービスをご利用いただけます。

Explore Health勤務先の医療保険確認ツール

このワークシートを使用して、Explore Healthの申請書に記載されているすべての方に従来型の医療保険を提供している雇用主に関する情報を収集してください。医療保険を提供する雇用主ごとに、このフォームを1部ずつ記入してください。勤務先（または配偶者や親など、他の方の勤務先）を通じて誰も医療保険に加入しない場合でも、申請を完了するにはこの情報が必要です。

医療費払い戻し制度（HRA）を通じて医療保険または医療費の支払いを支援する企業に勤めている場合は、このフォームを使用しないでください。

ステップ1：従業員の情報

勤務先を通じて医療保険の提供を受ける従業員の情報を記入してください。

従業員氏名（ミドルネームを含む）：_____

社会保障番号：_____

従業員の世帯員すべての氏名を記載し、下記のステップ2に記載の雇用主を通じての医療保険に、現在加入していなくても加入できるかどうかをお知らせください。従業員が、連邦所得税申告に含める予定の世帯員のみを記入してください。従業員の世帯に6人以上の世帯員がいる場合は、このページをコピーして使用してください。

氏名	この雇用主を通じて医療保険に加入できますか？
_____	☐ はい ☐ いいえ
_____	☐ はい ☐ いいえ
_____	☐ はい ☐ いいえ
_____	☐ はい ☐ いいえ
_____	☐ はい ☐ いいえ

ステップ2：雇用主の情報

ステップ2は**雇用主**に記入を求めることができます。

雇用主名：

雇用主住所：
（Explore Healthがこの住所に通知を送る場合があります）

市、州、郵便番号：

雇用主識別番号（EIN）：

当雇用主が提供する医療保険について

1. **雇用主が提供する保険プランは、最低価値基準を満たしていますか？**
   医療保険プランは、標準的な人口集団に対する医療サービスの総費用の少なくとも60%を負担し、かつ病院および医師からの医療費を十分に負担する場合、最低価値基準を満たしているとみなされます。勤務先より提供される医療保険の大半が、最低価値基準を満たしています。

☐ はい（次の質問に移ってください。）　☐ いいえ（ここで終了し、フォームを従業員に返却してください。）

☐ 雇用主は、最低価値基準を満たすプランを従業員本人にのみ提供し、従業員の家族には提供しません。（次の質問に移ってください。質問3に応える必要はありません。）

2. **従業員は、最低価値基準を満たす最も低価格なプランに加入する場合、自己負担額はいくらになるでしょうか？**
   家族の保険プランは含めないでください。雇用主が健康増進プログラムを提供している場合、従業員が禁煙プログラムへの参加により最大の割引を受け、健康増進プログラムに基づくその他の割引を受けなかった場合に支払う保険料を入力してください。

   従業員が支払う保険料：　$

   従業員が支払う保険料：

   ☐ 週1回　☐ 二週間に1回
   ☐ 月に2回　☐ 月に1回
   ☐ 一四半期に1回　☐ 年に1回

3. ステップ1に他の世帯員が記載されている場合：従業員は、従業員およびステップ1に記載の世帯員用の最低価格保険プランに対していくら支払いますか？
   雇用主が健康増進プログラムを提供している場合、従業員が禁煙プログラムへの参加により最大の割引を受け、健康増進プログラムに基づくその他の割引を受けなかった場合に支払う保険料を入力してください。

   従業員が支払う保険料：　$

従業員が支払う保険料：

☐ 週1回　☐ 二週間に1回
☐ 月に2回　☐ 月に1回
☐ 一四半期に1回　☐ 年に1回

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 （リレー通話サービスも対応可能）
ExploreHealthOR.gov