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。

弁明書を見る

Explore Health から、申請情報を確認するために書類を提出する必要があるとの通知を受け取り、**かつ**通知に記載されている書類をいずれもお持ちでない場合は、求められた書類を提出できない理由を説明する書面を Explore Health に提出することができます。以下の不足している情報のいずれかに対する書面による説明を提供するには、このフォームを使用してください。

☐ 公的医療プログラム（Oregon Health Plan（OHP）、Medicare、VA 給付など）への加入状況

☐ 年間所得

☐ その他（例：アメリカ先住民またはアラスカ先住民としての加入状況の確認、ライフイベントの確認、死亡）

ステップ 1、ならびに不足している情報に該当する本フォームの各付録のみを記入してください。保険適用状況を確認するための説明を裏付ける、必要な関連情報すべてを記載してください。

ステップ 1：連絡先情報

Explore Health の申請書に記載されている主たる申請者の連絡先情報を記入してください。

申請書 ID: _____
この番号は、Explore Health から受け取った書簡の上部、またはオンラインアカウントで確認できます。
氏名（ミドルネームを含む）: _____
生年月日: _____
メールアドレス: _____

付録 A：公的医療制度

公的医療制度への加入状況を証明する必要がある場合は、このセクションに記入してください。

現在、Medicare Part B（医療保険）に加入しているものの、保険料無料の Medicare Part A（入院保険）の加入資格がありませんか? ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、Part B が開始した日付（年月日）はいつですか? _____

以前、Medicare Part A に加入していましたか? ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、Part A の加入期間が終了した日付（年月日）はいつですか? _____

以前、障がいのため Medicare に加入していたものの、現在は加入していませんか? ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、Medicare の加入期間が終了した日付（年月日）はいつですか? _____

TRICARE を通じて医療保険に加入していたことはありますか? ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、TRICARE が終了した日付（年月日）はいつですか? _____

Peace Corps（平和部隊）を通じて医療保険に加入していたことはありますか? ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、加入期間が終了した日付（年月日）はいつですか? _____

アメリカ合衆国退役軍人省を通じて医療保険に加入していたことはありますか? ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、加入期間が終了した日付（年月日）はいつですか? _____

必要なだけのページを含めて添付し、保険適用状況を確認する下の要求された文書を送付できない理由を説明してください。

付録 B：年間所得

年間世帯所得を確認する必要がある場合は、このセクションに記入してください。

重要事項： 記入する年間所得は、Explore Health 申請書で報告した所得と一致している必要があります。一致していない場合は、Explore Health の申請情報を更新してください。

覚え書き： Explore Health の申請書には、正確な推定所得額を記入することが重要です。申請書に記入した所得額が、年末に税務申告する所得額より少ない場合、税務申告の際に、利用した保険料税額控除の前払い（APTC）の一部または全額を返還しなければならない場合があります。年の途中で推定所得額に変更があった場合は、直ちに申請情報を更新してください。

推定世帯所得（金額）： $

年（例：2027 年）：

必要に応じて別紙を何枚でも添付し、所得を確認するために求められている以下の書類を提出できない理由を説明してください。

付録 C：その他

その他の種類のデータ照合問題（DMI）（例：アメリカ先住民またはアラスカ先住民としての加入状況の確認、ライフイベントの確認、死亡）を受け取った場合で、要求された書類を提出できない理由を説明する必要がある場合は、このセクションに記入してください。

必要に応じて別紙を何枚でも添付し、求められている以下の書類を提出できない理由を説明してください。

- 世帯人数、住所、所得、その他の情報に変更があった場合、私または私の世帯が特定の給付を受ける資格に影響する可能性があることを理解しています。申請書の情報に何らかの変化があった場合、Explore Health に 30 日以内に通知しなければならないことを理解しています。

- このフォームの回答は、私が保険に加入できるか、または経済的支援を受けられるかどうかを判断するためのみに使用されることを理解しています。Explore Health が、Explore Health のデータベースならびに連邦または州のデータベースを使用して、私の回答内容を確認することを了承します。私の情報が、申請内容を確認するために使用される場合があることに同意します。この申請書に記載されているすべての方から、この目的のためにその方の情報を使用する許可を得ていることを確認します。

- 偽証すれば処罰されるという条件の下で、このフォームに署名します。これは、私の知る限り、このフォームのすべての質問に対し、私の知る限りにおいて真実、正確、および完全な回答をしたことを意味します。連邦法の下、虚偽の情報を提供した場合、罰則を受けるおよび / または過払い金の返還責任を負う場合があることを理解しています。

主たる申請者の署名: _____

署名日（年月日）: _____

氏名（活字体）: _____

ステップ 2: 記入したフォームは以下のいずれかの方法で提出してください

アカウントにアップロードする場合は、すべての資料および関連書類を 1 つの PDF ファイルにまとめてください。USPS（米国郵便公社）で郵送する場合は、すべての資料および関連書類を 1 つの封筒に同封し、配達証明付き郵便で送付してください。

原文書は送信しないでください。どの書類も 60 日を超えて保持されることはなく、申請者ポータルにアップロードされた後は廃棄されます。

オンライン

この文書は、ExploreHealthOR.gov でご自分のオンラインアカウントからアップロードすると、より迅速に処理されます。

郵送先

c/o Documents
Explore Health
PO Box 191
Salem, OR 97308

ファックス

888-705-8691

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