



## HFH 患者経済支援ポリシー HFH Patient Financial Assistance Policy

### ポリシー Policy

この HFH 患者経済援助ポリシー（以下、「ポリシー」）は、経済援助を必要とし、Henry Ford Health（「HFH」）から緊急治療およびその他の医学的に必要なケアを受けている患者に対する経済援助の資格に対処することを目的とし、付録 A に記載されている各 HFH 施設およびその関連クリニック（「HFH 施設」）に適用されます。すべての経済援助は、すべての患者を尊厳、敬意、思いやりを持って治療するという HFH の取り組みを反映しています。

**This HFH Patient Financial Assistance Policy (“policy”) is designed to address the financial assistance eligibility for patients who are in need of financial assistance and receive emergency and other medically necessary care from Henry Ford Health (“HFH”), and applies to each of the HFH Facilities listed in Appendix A and their affiliated clinics (“HFH Facilities”). All financial assistance will reflect HFH’s commitment to treating every patient with dignity, respect and compassion.**

HFH 施設で緊急ケアやその他の医療上必要なケアを提供する HFH サービスプロバイダーリストは、本ポリシーの対象となるもの、および対象外であるものは、HFH ウェブサイト（henryford.com）で個別に管理されます。HFH サービスプロバイダーリストは、HFH ウェブサイトから、または付録 A に記載されている HFH 施設の 1 つの施設に電話することで、オンラインおよび紙版の両方で無料入手できます。

**The list of HFH Service Providers delivering emergency or other medically necessary care in HFH Facilities, which are covered by this policy and which are not, are maintained separately on HFH’s website (henryford.com). The HFH Service Provider list may be obtained free of charge, both online and on paper, from the HFH website or by calling one of the HFH Facilities listed in Appendix A.**

### 定義

#### Definitions:

- **一般請求額（Amounts Generally Billed、AGB）**：ケアをカバーする保険加入者である個人への、緊急 または その他の 医 療 上必要なケアに関して一般に請求される金額を意味します。

**Amounts Generally Billed (AGB): means the amounts generally billed for emergency or other medically necessary care to individuals who have insurance covering such care.**

- **緊急ケア**：重篤な症状(激しい痛みを含む)を呈し、医師の診察を直ちに受けない場合、以下の結果に陥ることが合理的に予期される病状の治療を意味します。

**Emergency Care: means the treatment of a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in:**

- 個人(妊婦に関しては、その女性またはその胎児)の健康状態が深刻な危険にさらされる  
**Placing the health of the individual (or with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy,**
- 身体機能の深刻な障害、または  
**Serious impairment to bodily functions, or**
- 身体臓器または部位の深刻な機能不全、または

**Serious dysfunction of any bodily organ or part, or**

- 陣痛のある妊婦に関しては、(a) 出産前に安全な移送または他の病院への搬送を行うには十分な時間がない状態、または (b) 移送によりその女性または胎児の健康または安全に危険が生じる状態。

**With respect to a pregnant woman having contractions – (a) that there is inadequate time to effect a safe transfer or another hospital before delivery or (b) that transfer may pose a threat to the health or safety of the woman or unborn child.**

- 保証人: 患者以外で、患者の請求支払いに関して責任を有する人物。

**Guarantor: means the person responsible for the patient’s bill other than the patient.**

- 世帯収入: これには、税引き前収入、失業補償、労働災害補償、社会保障制度給付金、生活保障所得、公的支援、軍人恩給、生存者給付、年金または退職年金、利子、配当、賃貸料、特許使用料、および不動産、委託、教育補助、扶養手当、育児、世帯以外からの支援による収入、その他が含まれます。食品割引券、住宅助成金、資産売却損益などの現金以外の利益は、含まれません。家族との同居者がある場合、家族構成員が賃借料を払っている場合および/または住宅所有者に依存していない場合以外は、世帯構成員全員(同居者を含む)の収入を含む必要があります。親類縁者以外(同居人など)は含まれません。扶養家族かどうかはケースバイケースで判断されるものとします。

**Household Income: includes before tax earnings, unemployment compensation, workers’ compensation, Social Security, Supplemental Security Income, public assistance, veterans’ payments, survivor benefits, pension or retirement income, interest, dividends, rents, royalties, incomes from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources. DOES NOT include non-cash benefits such as food stamps and housing subsidies or capital gains or losses. If a person lives with a family, the income of all household family members must be included (including domestic partners) unless family members are paying rent and/or are not dependents of homeowners. Non-relatives, such as housemates, are not to be included. Dependency status shall be determined on a case by case basis.**

ヘンリー・フォード経済支援委員会 (

- **Henry Ford Financial Assistance Committee):**これは、収益サイクルの副社長が指名した首脳部による3人のリーダーで構成されます。
- **Henry Ford Financial Assistance Committee: Is composed of three members of leadership appointed by the Vice President of Revenue Cycle.**
- **HFH サービスプロバイダー:** HFH 施設でサービスを実行するために必要な臨床特権を持つ医療従事者  
**HFH Service Provider: a health care practitioner with clinical privileges necessary to perform services at an HFH Facility**
- **医療上必要なサービス:** これは、医療上の状態の診断または治療に適切かつ必要なものであり、医療上の状態の診断、直接ケア、および治療のために提供され、地域の良い医療実務の標準に合致し、患者または患者の保健ケアプロバイダーの便宜を主な目的とするものではありません。

**Medically Necessary Services: are proper and needed for the diagnosis or treatment of your medical condition, are provided for the diagnosis, direct care, and treatment of your medical condition, meet the standards of good medical practice in the local area, and are not mainly for the convenience of you or your health care provider**

**経済支援の資格付与基準:**

**Eligibility Criteria for Financial Assistance:**

このポリシーのもとでの HFHS 経済支援を受ける資格は、以下で説明されているように、当てはまる場合は、資産調査に合致することを条件として、以下の 3 つの方法いずれか1つの方法でそれぞれの機会に対して決定されます。このポリシーのもとでの資格付与基準に合致しない患者も、多様なコミュニティベースプログラムを含めて、HFHS が提供する他の経済支援プログラムのもとでの経済支援の資格を得られる可能性があります。これらのプログラムの詳細については、henryford.com にアクセスしてください。

**Qualification for HFH financial assistance under this policy will be determined for each encounter under one of the following three methods subject to meeting the asset test, as applicable, as**

described below. Patients who do not meet the eligibility criteria under this policy may be eligible for financial assistance under other financial assistance programs offered by HFH, including various community-based programs. For more information about these programs, go to [henryford.com](http://henryford.com).

このポリシーのもとでの経済支援は、最後の手段として、支払人に活用されることを意図しています。経済支援割引を考慮する前に、HFHS では、患者に Medicaid またはその他の政府支援プログラムに申請することを要求することがあります。

**Financial assistance under this policy is intended to be utilized as the payor of last resort. Prior to considering a financial assistance discount, HFH may require a patient to apply for Medicaid or other government assistance programs.**

HFHS は、申請プロセスで提供された情報が不正確または不完全であることが判明した場合は、経済支援承認を取り消す権利を留保します。この状況が発生した場合は、患者および/または保証人に通知され、当該者は支払いを行う責任を有します。

**HFH reserves the right to reverse any financial assistance approvals should it be discovered that information provided during the application process was inaccurate or incomplete. Should this circumstance arise, the patient and/or Guarantor will be notified and will be responsible for payment.**

#### 資格付与方法(1) - 従来型:

##### Eligibility Method (1) - Traditional:

- 米国の永住権を有すること  
**Permanent residence in the United States of America**
- Wayne、Macomb、Oakland、Jackson からなる HFH の主要サービスエリア内に居住していること。上記の郡外に位置する HFHS 施設での治療を希望する患者については、患者は、HFHS 施設から半径 5 マイル以内に住居がある場合に、経済支援の対象となる可能性があります。  
**Having personal residence within HFH' primary service areas, consisting of Wayne, Macomb, Oakland and Jackson Counties. For patients seeking treatment at a HFH Facility located outside of the counties listed above, a patient may be eligible for financial assistance if their permanent residence is within a five-mile radius of the HFH Facility.**
- HFH 施設の HFH サービスプロバイダーによる治療を希望していること  
**Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility**
- 世帯総合年間収入が連邦貧困レベル(Federal Poverty Level、「FPL」)の 400%以下。世帯年間収入が連邦貧困レベルの 250%以下の患者は、必要な医療サービスすべてについて 100%割引を受ける資格が発生する可能性があります。年間収入が連邦貧困レベルの 251%~400%の患者の場合は、患者は部分割引を受ける資格が発生する可能性があります。保険対象および保険対象外の患者に対するスライディングスケール割引については、下のスライディングスケール表を参照してください。  
**Annual aggregate Household Income up to 400% of the Federal Poverty Level ("FPL"). If a patient has an annual income less than or equal to 250% of the federal poverty level, the patient may be eligible for a 100% discount. If a patient has an annual income from 251% to 400% of the federal poverty level, the patient may qualify for a partial discount. See the Sliding Scale Tables below for the sliding scale discounts for insured and uninsured patients.**

#### 資格付与方法(2) - 大災害型:

##### Eligibility Method (2) - Catastrophic:

- 世帯年間総収入の 30%を超える自己負担が生じたことにより、悲惨な医療状況になった結果、HFHS で多額の医療負債が 12 カ月以上にわたって蓄積している患者

**Patients, who over a 12-month period, have accumulated a large medical debt at a HFH Facility as a result of a catastrophic medical situation, resulting in out-of-pocket medical expenses that exceed 30% of their gross annual Household Income**

- 米国の永住権を有すること  
Permanent residence in the United States of America
- Wayne、Macomb、Oakland、Jackson からなる HFH の主要サービスエリア内に居住していること。上記の郡外に位置する HFHS 施設での治療を希望する患者については、患者は、HFHS 施設から半径 5 マイル以内に住居がある場合に、経済支援の対象となる可能性があります。  
**Having personal residence within HFH' primary service areas, consisting of Wayne, Macomb, Oakland and Jackson counties. For patients seeking treatment at a HFH Facility located outside of the counties listed above, a patient may be eligible for financial assistance if their permanent residence is within a five-mile radius of the HFH Facility.**
- HFH 施設の HFH サービスプロバイダーによる治療を希望していること  
**Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility.**

上記の経済支援の資格認定に適合する患者は、以下の割引のいずれかを受ける資格があります。

**Patients meeting the above qualification for financial assistance will be eligible for the following discount:**

- 患者は、未払いの医療負債が世帯収入の 30%に調整されます。  
**Patients will have their outstanding medical debt adjusted to 30% of their Household Income.**
- 方法 1 と方法 2 の両方の資格がある患者は、2 つの割引のうちより大きい方の割引を受けられます。  
**Patients who qualify under both Method 1 and Method 2 will receive the larger of the two discounts.**

**資格付与方法(3) - 推定型:**

**Eligibility Method (3) - Presumptive:**

- HFHSでは、推定ベースで経済支援に対する資格を判断する場合があります。これには、第三者によるスコアリング、コミュニティベースプログラムからの紹介、および収入に基づく政府プログラムの承認を使用します。  
**HFH may determine qualification for financial assistance on a presumptive basis; using third-party scoring, referrals from community-based programs, and approvals of government programs based on income.**
- 経済支援に関する推定型資格付与に合致する患者は、緊急またはその他の医療上の必要なケアで部分的な割引、または 100%の完全割引の資格を付与される可能性があります。世帯年間収入が連邦貧困レベルの 250%以下の患者は、必要な医療サービスすべてについて 100%割引を受ける資格が発生する可能性があります。年間収入が連邦貧困レベルの 251%~400%の患者の場合は、患者は部分割引を受ける資格が発生する可能性があります。保険対象および保険対象外の患者に対するスライディングスケール割引については、下のスライディング割引表を参照してください。  
**Patients meeting presumptive qualification for financial assistance may be eligible for a partial discount, or a full discount of 100% on Emergency and other Medically Necessary Care. If a patient has an annual income less than or equal to 250% of the federal poverty level, the patient may be eligible for a 100% discount. If a patient has an annual income from 251% to 400% of the federal poverty level, the patient may qualify for a partial discount. See the Sliding Discount Tables below for the sliding scale discounts for insured and uninsured patients.**

経済支援の対象となる患者の支払い残高

Patient Balances Eligible for Financial Assistance

このポリシーのもとで経済支援割引の対象となる患者支払い残高には以下のものを含まれますが、それらに限定されません。

**Patient balances eligible for a financial assistance discount under this policy may include, but are not limited to:**

- 共同保険、控除条項付き保険、および共同支払金額  
**Coinsurance, deductible and copayment amounts**
- HFH と契約関係のない医療保険に加入している患者、または HFH 提供者が医療保険のネットワークに参加していない場合の料金  
**Charges for patients with coverage from a health plan that does not have a contractual relationship with HFH, or when HFH provider does not participate in health plan's network**
- 給付金を使い果たした保険対象患者への請求  
**Charges for insured patients that have exhausted their benefits,**
- 民間、Medicare、または Medicaid プログラムの対象である患者に提供された、非カバー対象サービスに関する請求  
**Charges for non-covered services provided to patients covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs**
- 民間、Medicare、または Medicaid プログラムのもとでカバーされる入院期間を超過した患者に対する請求  
**Charges for patients that have exceeded the length of stay covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs**

このポリシーのもとでの経済支援は、経済支援チームに電話連絡(313-874-7800)することで申請できるもので、無保険割り引きポリシーで定められた無保険割引に加えて提供されるものです。

**The Financial Assistance in this policy is in addition to the uninsured discount set forth in our Uninsured Discount Policy which can be requested by calling the Financial Assistance Team at (313) 874-7800.**

スライディングスケール割引表:  
**Sliding Scale Discount Tables:**

**無保険患者:**  
**Uninsured Patients:**

収入が FPL の 400%未満の適格無保険患者の場合、患者の負担額は、下の表に基づいて Medicare の許容金額の割合に調整されます。

**For qualifying uninsured patients with incomes less than 400% of FPL, patient responsibility is adjusted to the percentage of the Medicare allowable amount based on the table below:**

世帯収入 Household Income	Medicare 割合の% % of Medicare Rate
FPL の 351% ~ 400% <b>351% - 400% of the FPL</b>	91%
FPL の 301% ~ 350% <b>301% - 350% of the FPL</b>	61%
FPL の 251% ~ 300% <b>251% - 300% of the FPL</b>	30%
FPL の 250%未満 <b>&lt;250% of the FPL</b>	0%

収入が 250%未満の無保険患者には 100%の割引が与えられます。

**Qualifying uninsured patients with incomes below 250% are given a 100% discount**

**保険対象患者:**

**Insured Patients:**

収入が FPL の 400%未満の保険対象患者の場合、患者の負担額は、下の表に基づいて割り引きされます。

**For qualifying insured patients with incomes less than 400% of FPL, patient responsibility is discounted based on the table below**

世帯収入 Household Income	支払期限の来た残高の割り引き Discount Off of Balance Due
FPL の 351% ~ 400% <b>351% - 400% of the FPL</b>	25%
FPL の 301% ~ 350% <b>301% - 350% of the FPL</b>	50%
FPL の 251% ~ 300% <b>251% - 300% of the FPL</b>	75%
FPL の 250%未満 <b>&lt;250% of the FPL</b>	100%

**資産調査:**

**Asset Test:**

経済支援に対する患者の資格を判断するために、HFHS では患者の世帯収入および対象資産を考慮に入れるスライディングスケール割引を活用しています。

**In order to determine a patient's eligibility for financial assistance, HFH utilizes a sliding scale discount that takes a patient's Household Income and qualifying assets into consideration.**

患者の収入に関わらず、患者世帯の対象資産が\$100,000 以上の価値がある場合は、その患者はこのポリシーのもとでの経済支援の対象にはなりません。保護資産として一覧されていない資産は、医療支出の支払いに利用可能と見なされます。HFHS は、患者に提供する割引レベルを確立する中で、利用可能な超過資産は、現行年度の収入として計上することがあります。

**A patient is not eligible for financial assistance under this policy if the patient's household qualifying assets are valued at \$100,000 or more, regardless of the patient's income. Assets not listed as a protected asset will be considered available for payment of medical expenses. HFH may count the excess available assets as current year income in establishing the level of discount offered to the patient.**

**保護資産:**

**Protected Assets:**

- 単一の主要個人住居の中の最初の\$1,000,000 の資産の 100%。およびその後の主要住居の資産の 50%  
**100% of the first \$1,000,000 of equity in a single primary personal residence; and 50% of equity in the primary residence thereafter**
- 個人退職勘定 (Individual Retirement Account, IRA) 、401K、現金による退職プラン/年金  
**IRA, 401k, cash value retirement plans/pensions**
- 事業に使用される合理的な資産  
**Reasonable assets used in a business**
- 個人財産  
**Personal property**
- 大学進学貯蓄プラン  
**College savings plans**

### 経済支援の対象でない患者:

#### Patients that do not Qualify for Financial Assistance:

このポリシーまたは HFHS が提供している他の利用可能な経済支援プログラムでの経済支援基準に合致しない無保険患者は、無保険割引料率をもとにサービス対価が請求されます。詳細については、無保険割引料率ポリシー (<https://www.henryford.com/visitors/billing>) を参照してください。

**Uninsured patients not meeting financial assistance criteria under this policy or other available financial assistance programs offered by HFH will be charged for the service based on the uninsured discount rate. For more information, refer to the uninsured discount rate policy at <https://www.henryford.com/visitors/billing>.**

患者は、ケアを受けた HFHS 施設で、拒否から 30 日以内に Henry Ford 経済支援委員会に書面で当人の経済支援申請拒否に関して抗議することができます。経済支援資格は、臨床ケアチームとからの意見をもとに HFHS 収益サイクル管理(Revenue Cycle Management, RCM)の承認を条件とします。

**A patient may appeal a denial of his or her financial assistance application by writing to the Henry Ford Financial Assistance Committee within 30 days of the denial at the HFH Facility at which care was received. Qualification for financial assistance is subject to the approval of HFH Revenue Cycle Management with input from the clinical care teams.**

特殊な環境に対する保証として、例外が作られることがあります。こうした例外は、ケースバイケースで決定する必要があります。行われた例外はすべて、ポリシーの変更を構成するものではなく、この同じ決定が将来も適用されることを保証するものでもありません。経済支援申請に関してさらに質問がある場合は、患者は当社に(313) 874-7800 または [financialassistanceapp@HFHS.org](mailto:financialassistanceapp@HFHS.org) にメールを送信することで連絡できます。

**Exceptions may be made as warranted for special circumstances. Such exceptions will be considered on a case-by-case basis. Any exception made does not constitute a change in policy nor does it guarantee that this same decision will apply in the future. Patients may contact us at (313) 874-7800 or by e-mail at [financialassistanceapp@HFHS.org](mailto:financialassistanceapp@HFHS.org) should they have additional questions on their financial assistance application.**

### 経済支援対象の患者への請求限度

#### Limitations on Charges for Patients Eligible for Financial Assistance

経済支援の資格がある患者は、緊急およびその他の医療上必要な治療に関して AGB の額を超えて請求されず、また他のすべての医療ケアの総請求を超える額を要求されません。各 HFH 施設は、1 つ以上の AGB パーセンテージを計算するためにルックバック(look-back)方式を使用します。AGB 割合は、12 カ月の期間内に HFHS 施設への請求が支払われたすべての Medicare 出来高払いおよび民間健康保険会社の合計額を、これらの請求に関連する総請求の合計額で割ることで計算されます。

**Patients that qualify for financial assistance will not be charged more than the AGB for emergency and other medically necessary care and not more than gross charges for all other medical care. Each HFH Facility uses the look-back method for calculating one or more AGB percentages. The AGB Percentage is calculated by dividing the sum of all Medicare fee-for-service and private health insurers that have paid claims to the HFH Facility during a 12-month period, by the sum of the associated gross charges for those claims.**

### 経済支援の申請

#### Applying for Financial Assistance:

患者および/または保証人は、HFH が最初の請求を患者および/または保証人に発行してから 240 日以内であればいつでも経済支援を申請できます。HFH は、申請書进行处理し、記入された申請書を受理してから 30 暦日以内に資格認定を決定します。各個人に決定内容と決定根拠が文書で通知されます。

**Patients and/or Guarantor may apply for financial assistance at any time up to 240 days after HFH provides the initial billing to the patient and/or Guarantor. HFH will, in turn, process the application and make a determination of qualification within 30 calendar days after the completed application**

is received. The individual will be notified in writing of the determination and basis for determination.

経済支援の資格を得るために、患者/保証人は、患者経済支援申請書に記入する必要があります。この申請書は、HFH 経済支援ウェブサイト(<https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>)で入手できます。患者は、決定を仰ぐために、必要書類を添えた記入済み申請書を HFH コーポレーションビジネスオフィスに郵送またはファックスで送信することができます。HFH 施設の所在地および FAX 番号については付録 A を参照してください。

**In order to qualify for financial assistance, a patient / Guarantor will need to complete the Patient Financial Assistance application. The application is available on the HFH Financial Assistance website: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. The patient can mail or fax a completed application with the required documentation to the HFH Corporate Business Office for an determination. For HFH Facility address and fax numbers, please refer to Appendix A.**

患者が HFH ウェブサイトから申請用紙をダウンロードできない場合は、付録 A を参照して、紙版の申請用紙を患者の住所に郵送するように要請してください。複数の言語で申請用紙を確認するには、こちらのリンク (<https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>) にアクセスしてください。

**If a patient is unable to download the application via the HFH website, please refer to Appendix A to request a hardcopy application be mailed to the patient's residence. To review the application in multiple languages please visit the following link: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>.**

患者が申請に関して疑問がある場合や、申請書の記入に支援が必要な場合は、付録 A を参照して、患者がケアを受けている HFH 施設にお問い合わせください。

**If a patient has questions regarding his or her application and/or needs assistance completing the application, please see Appendix A to contact the HFH Facility where the patient is receiving care**

必要な文書には以下のものがあります。

**Required documentation may include:**

- すべての該当するスケジュールを含む、直近の税務申告年度の連邦税務申告書 (1040 書式)
- Federal Income Tax Return for the most recent tax year (Form 1040), including all applicable schedules
- 直近の賃金および税務申告書 (W-2 書式) や雑所得 (1099 書式)
- Most recent Wage and Tax Statements (Form W-2) and/or Miscellaneous Income (Form 1099)
- 世帯の各成員の直近 2 ヶ月分の給与明細のコピー(1 年分の累計収入が記載されているもの)、または総賃金を証明する雇用者からの明細書

**Recent copy of the last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household or a statement from the employer verifying gross wages**

- その他の収入証明書 (賃貸資産など)  
**Proof of other income (i.e. rental property, etc.)**
- 過去 2 カ月の当座/普通口座の預金証明書の直近の写し  
**Recent copy of the last 2 months of bank statement of checking/savings accounts**
- 有効な Michigan 州の運転免許証または Michigan 州の身分証明書  
**Copy of valid Michigan driver's license or Michigan state identification card**
- 該当する場合は、Medicaid、Healthy Michigan または Marketplace からの拒否回答、および/または包括予算調整法(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)文書  
**If applicable, a denial response from Medicaid, Healthy Michigan or Marketplace, and/or COBRA documentation**
- 患者からの経済的必要性の個人的な言明書



## Personal statement of financial need from the patient

HFH は、収入に関するさらなる調査、または裏付け文書の提出によるさらなる確認および/または説明が必要な場合は、追加文書を要請する権利を留保します。HFH は、このポリシーまたは経済支援申請書で明示的に要求していない文書を申請者が提出を怠ったことを根拠に、経済支援を拒否することはできません。

**HFH reserves the right to request additional documentation should it need further verification of income and/or clarification based on any supporting documentation provided. HFH may not deny financial assistance based on an applicant's failure to provide documentation that this Policy or the Financial Assistance Application does not explicitly require.**

### 請求および回収のポリシー

#### **Billing and Collections:**

HFH が滞納に対して行う可能性のある請求および回収措置については、別の患者請求および回収ポリシーに記載されています。このポリシーは経済支援チームに電話連絡(313) 874-7800するか、または Henry Ford Health ウェブサイト ([www.henryford.com](http://www.henryford.com)) から無償で取得できます。

**The billing and collection actions that HFH may take for nonpayment are described in a separate patient billing and collections policy, which may be obtained free of charge by contacting Financial Assistance Team at (313) 874-7800 or the Henry Ford Health website at [www.henryford.com](http://www.henryford.com).**

付録 A:  
Appendix A:

施設 Facility	住所 Address	電話/ファックス番号/電子メール Phone/Fax #/E-mail
<b>Henry Ford Health Jackson Hospital</b>	Henry Ford Health Jackson Hospital Cashier Office 205 N East Avenue Jackson, MI 49201	電話: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>
<b>Henry Ford Hospital and Medical Centers</b>	Henry Ford Hospital Financial Counseling Office 2799 West Grand Blvd. K-1, West 100 Clinic Building Detroit, MI 48202	電話: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>
<b>Henry Ford Macomb Hospitals</b>	Henry Ford Macomb Hospital Cashier Office 15855 19 Mile Rd. Clinton Township, MI 48038	電話: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>
<b>Henry Ford West Bloomfield Hospital</b>	Henry Ford West Bloomfield Hospital Lower-Level Finance 6777 West Maple West Bloomfield, MI 48322	電話: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>
<b>Henry Ford Wyandotte Hospital &amp; Henry Ford Medical Center - Brownstown</b>	Henry Ford Wyandotte Hospital Cashier Office 2333 Biddle Ave. Wyandotte, MI 48192	電話: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>

<b>Henry Ford Kingswood Hospital</b>	Henry Ford Kingswood Hospital ATTN:Front Desk 10300 West 8 Mile Rd. Ferndale, MI 48220	電話: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a>
<b>Henry Ford Maplegrove Center</b>	Henry Ford Maplegrove Center ATTN:Patient Access 6773 W. Maple Road West Bloomfield, MI 48322	電話: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a>
<b>Henry Ford Health Corporate Business Office</b>	Henry Ford Health PO Box 670884 Detroit, MI 48267-0884	電話: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a> Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a> ファックス: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a> Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a> 電子メール: <a href="mailto:financialassistanceapp@HFHS.org">financialassistanceapp@HFHS.org</a> E-mail: <a href="mailto:financialassistanceapp@HFHS.org">financialassistanceapp@HFHS.org</a>