



# Qualified Health Plan (特定医療保険) の概要

## 対象となるのは？

### 以下の方々となります：

- ・ ニューヨーク州在住の方々
- ・ 法的に米国在住であるの方々
- ・ Medicaid、Essential Plan (エッセンシャルプラン)、Child Health Plus の対象外の方々

NY State of Health は、適用される連邦公民権法および州法に従っており、人種、肌の色、出身国、信条 / 宗教、性別、年齢、婚姻 / 家族状態、逮捕歴、犯罪歴、性自認、性的指向、素因となる遺伝的特徴、兵役、家庭内暴力の被害者である状態、報復などに基づいて差別しません。

## 含まれるサービスは？

- ・ 無料予防ケア
- ・ 入院患者ケア
- ・ 外来患者向けサービス
- ・ 妊産婦および新生児ケア
- ・ 救急サービス
- ・ 検査とイメージング
- ・ 処方薬
- ・ リハビリテーションとハ  
ビリテーションサービス
- ・ 精神疾患および薬物使用障害  
サービス
- ・ 健康および慢性疾患管理  
サービス
- ・ 小児歯科および小児眼科  
プランにより成人向け歯科  
サービスなども含まれる  
場合があります。

### 連絡先：

[nystateofhealth.ny.gov](https://nystateofhealth.ny.gov) | 1-855-355-5777 または TTY 1-800-662-1220

# Qualified Health Plan (QHP) にかかる費用は？

**月払い保険料：**毎月お支払いいただく金額は、選択されるプランにより決まります。ほとんどの場合、税額控除の対象となりますので月々の実質コストは低くなります。税額控除は、お客様の収入、世帯規模、場所、お客様の住まいの場所に基づき計算されます。

**コストシェアリング：**コストシェアリングはヘルスケアサービスを受けた場合に支払う金額です。収入に応じて、支払いに対する援助が受けられる場合があります。以下は、4段階の標準プランでのQHPコストシェアリングレベルの例となります。以下以外のコストシェアリングおよび追加サービスによりその他のプランも用意しております。

ヘルスケアサービスのコストシェアリング	プラチナム	ゴールド	シルバー	ブロンズ
年間免責額	\$0	\$600	\$1,750	\$4,700
予防ケア	無料	無料	無料	無料
プライマリーケア診察*	\$15	\$25	\$30	\$50
スペシャリスト診察*	\$35	\$40	\$65	\$75
入院毎の入院患者の入院費	\$500	\$1,000	\$1,500	\$1,500
メンタルヘルス外来診察	\$15	\$25	\$30	\$50
入院毎の入院患者のメンタルヘルス診察	\$500	\$1,000	\$1,500	\$1,500
救急診察	\$100	\$150	\$500	\$500
急患診察	\$55	\$60	\$70	\$75
心理療法、言語療法、作業療法	\$25	\$30	\$30	\$50




\*2023年スタンダードブロンズ・プランの場合、年間自己負担額（Deductible）に達する前に、プライマリーケア従事者や専門医の診断を3回まで受けられるようになっています（利用者は自己負担額をお支払いいただく必要があります）。2023年スタンダードシルバー・プランの場合、年間自己負担額（Deductible）に達する前に、プライマリーケア従事者や専門医の診断を1回受けられます（利用者は自己負担額をお支払いいただく必要があります）。

処方薬のコストシェアリング	プラチナム	ゴールド	シルバー	ブロンズ
ジェネリック	\$10	\$10	\$15	\$10
推奨の製薬会社	\$30	\$35	\$40	\$35
非推奨の製薬会社	\$60	\$70	\$75	\$70

山田さんご夫妻、マンハッタン在住、ご夫婦のみ(2人世帯)、ご所得が45,000ドルのご家庭で、QHPのHealth Firstでのプラチナム、シルバー、ブロンズの比較すると？

APTCで、  
毎月1,195ドル割引になった！

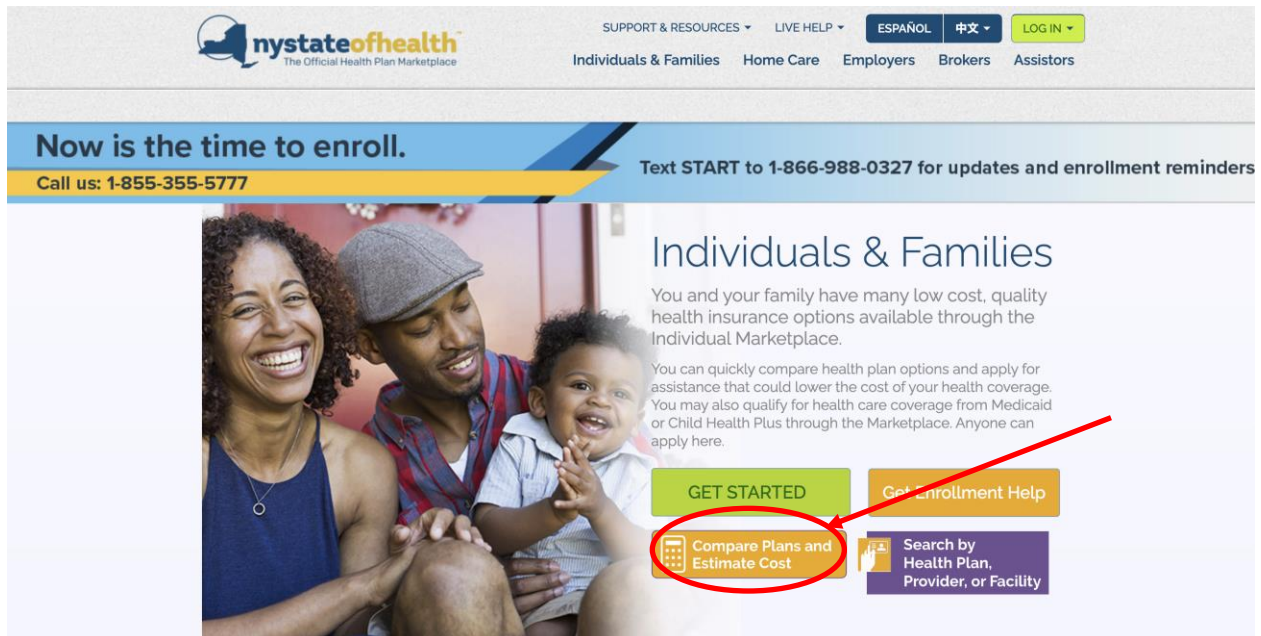


Compare Plans 1 - 3 Plans Compared	 Healthfirst Silver Leaf Premier Plus, Silver, NS, INN, Dep25, Family Dental, Family Vision, Free Telemedicine, Fitness & Wellness Rewards	 Healthfirst Platinum Leaf Premier, Platinum, NS, INN, Dep25, Family Dental, Family Vision, Free Telemedicine, Fitness & Wellness Rewards	 Healthfirst Bronze Leaf Premier, Bronze, NS, INN, Dep25, Family Dental, Family Vision, Free Telemedicine, Fitness & Wellness Rewards
Plan Id	91237NY0020078	91237NY0020058	91237NY0020052
Metal Level	Silver	Platinum	Bronze
Allows Health Savings Account	No	No	No
You Pay	\$334.20	\$1,117.76	\$0.00
Monthly Premium	\$1,529.20	\$2,312.76	\$1,137.98
Persons Covered	Couple	Couple	Couple
Annual Deductible- Individual	\$2,000	\$0	\$5,250
Annual Deductible- Family	\$2000 per person   \$4000 per group	\$0 per person   \$0 per group	\$5250 per person   \$10500 per group
Out of Pocket Maximum- Individual	\$9,100	\$2,000	\$8,700
Out of Pocket Maximum- Family	\$9100 per person   \$18200 per group	\$2000 per person   \$4000 per group	\$8700 per person   \$17400 per group
Out of Network Coverage	No	No	No
Design	Healthfirst Leaf Plans are health insurance plans that offer complete	Healthfirst Leaf Plans are health insurance plans that offer complete	Healthfirst Leaf Plans are health insurance plans that offer complete

1. 下記の NY State of Health (NY 州健康保険局)のリンクをクリックしてください。

<https://nystateofhealth.ny.gov/>

2. 画面上の赤丸をクリックしてください。



3. Enter Zip Code に NY 州内お住いの郵便番号、I'm not a robot にチェックマークを入力後、Get Started をクリックしてください。

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.

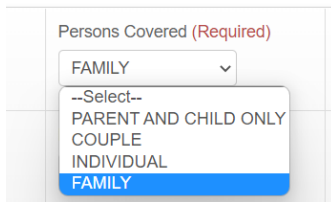
② Tell us about you and your family.

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, the Essential Plan, or a Qualified Health Plan through NY State of Health.

4. **Persons Covered**（保険適用者）を選択ください。

A screenshot of a web form showing a dropdown menu for 'Persons Covered (Required)'. The menu is open, displaying options: FAMILY, --Select--, PARENT AND CHILD ONLY, COUPLE, INDIVIDUAL, and FAMILY (highlighted in blue).

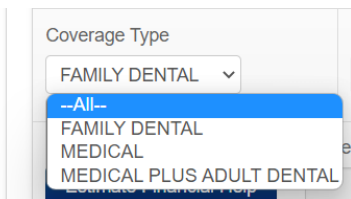
Parent and Child Only：一人の親と一人の子のみ

Couple：夫婦のみ

Individual：個人

Family：ご家族

5. **Coverage Type**（保険の種類）を選択ください。

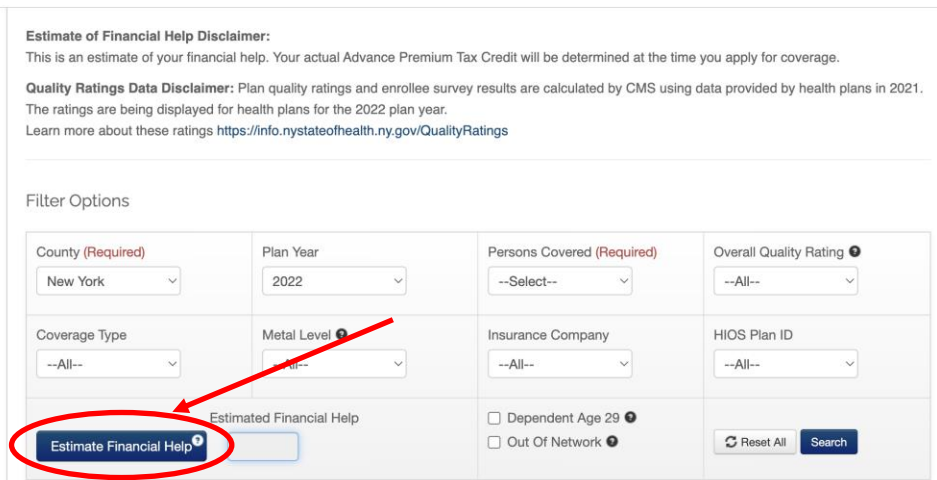
A screenshot of a web form showing a dropdown menu for 'Coverage Type'. The menu is open, displaying options: FAMILY DENTAL, --All--, FAMILY DENTAL, MEDICAL, and MEDICAL PLUS ADULT DENTAL.

Family Dental：ご家族の歯科保険

Medical：医療保険のみ

Medical Plus Adult Dental：成人の歯科保険付き医療保険（小児歯科も含む）

6. **Estimate Financial Help** をクリックしてください。

A screenshot of a web form titled 'Estimate of Financial Help Disclaimer'. It contains a 'Filter Options' section with several dropdown menus: County (Required) set to 'New York', Plan Year set to '2022', Persons Covered (Required) set to '--Select--', Overall Quality Rating set to '--All--', Coverage Type set to '--All--', and Metal Level set to '--All--'. Below these are checkboxes for 'Dependent Age 29' and 'Out Of Network'. At the bottom, there is a button labeled 'Estimate Financial Help' which is circled in red and pointed to by a red arrow. There are also 'Reset All' and 'Search' buttons.

7. Boxの中を入力ください。

Estimate Financial Help

County

New York

Number of Members in Household

0

Enter number of adults needing coverage

0

Children under Age 19

0

Are there any dependents ages 26 to 29 applying for coverage?

☐ Yes ☒ No

Total Household Income per Year

\$ 0

Calculate

Reset

County: カウンティ（行政区分） Zipcode で自動入力されています。

Number of Members in Household：世帯数 (ご自身も含)

Enter number of adults needing coverage: 健康保険が必要な成人数

Children under Age 19: 19歳未満の子供

Are there any dependents age 25 to 29 applying for coverage?: 健康保険が必要な25歳～29歳の扶養家族の有無

Total Household Income per Year: 今年度の年間総世帯収入（予想所得）

入力例：

## Estimate Financial Help



County New York

Number of Members in Household

3

Enter number of adults needing coverage

2

Children under Age 19

1

Are there any dependents ages 26 to 29 applying for coverage?

☐ Yes ☒ No

Total Household Income per Year

\$ 50000

Calculate

Reset

8. Estimated Financial help とは NY 州からの APTC (Advanced Premium Tax Credit) 税金控除割引額の見積

Filter Options

County (Required) <span>New York</span>	Plan Year <span>2022</span>	Persons Covered (Required) <span>--Select--</span>	Overall Quality Rating <span>--All--</span>
Coverage Type <span>--All--</span>	Metal Level <span>--All--</span>	Insurance Company <span>--All--</span>	HIOS Plan ID <span>--All--</span>
<div>Estimated Financial Help</div> <div><span>1106</span></div>		<input type="checkbox"/> Dependent Age 29 <input type="checkbox"/> Out Of Network	<div> Reset All</div> <div>Search</div>

Search plans for **2022**



NY 州の税金控除割引額は最大割引額が掲示されますが、ご加入時に増減の調整ができます。（税金申告時にも調整可）

また、ご所得が APTC のご資格を超えてしまう場合は 0 と表示されますので月額保険料の正規料金がリスト内に掲示されます。







9. 保険会社のリストがでましたら、ご希望の保険会社の **View Details** をクリックしてください。

Search plans for **2022**

Compare Plans

Reset Compare Plans

Page 1 of 55

	Insurance Company	Plan Name	Metal Level	Coverage Type	County	Persons Covered	Price Per Month	Details
<input type="checkbox"/>	 Fidelis Care, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep25, Free Telemedicine	Fidelis Care, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep25, Free Telemedicine	Bronze	Medical Plus Child Dental	New York	Individual	\$457.52	<a href="#">View Details</a>
<input type="checkbox"/>	 Fidelis Care Bronze HSA, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep25, Free Telemedicine	Fidelis Care Bronze HSA, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep25, Free Telemedicine	Bronze	Medical Plus Child Dental	New York	Individual	\$462.62	<a href="#">View Details</a>
<input type="checkbox"/>	 Fidelis Care, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep29, Free Telemedicine	Fidelis Care, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep29, Free Telemedicine	Bronze	Medical Plus Child Dental	New York	Individual	\$480.39	<a href="#">View Details</a>
<input type="checkbox"/>	 Fidelis Care Bronze HSA, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep29, Free Telemedicine	Fidelis Care Bronze HSA, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep29, Free Telemedicine	Bronze	Medical Plus Child Dental	New York	Individual	\$485.75	<a href="#">View Details</a>
<input type="checkbox"/>	 BronzePlus-B2, NS, INN, Family Dental, Family Vision, Dep25, Healthy Living Rewards, Metro-MP	BronzePlus-B2, NS, INN, Family Dental, Family Vision, Dep25, Healthy Living Rewards, Metro-MP	Bronze	Medical Plus Dental	New York	Individual	\$488.03	<a href="#">View Details</a>
<input type="checkbox"/>	 BronzePlus-B1, ST, INN, Pediatric Dental, Dep25, Healthy Living Rewards, Metro-MP	BronzePlus-B1, ST, INN, Pediatric Dental, Dep25, Healthy Living Rewards, Metro-MP	Bronze	Medical Plus Child Dental	New York	Individual	\$488.08	<a href="#">View Details</a>



## 保険会社プラン例：

### Plan Details

You can see information about premiums, co-pays, deductibles, covered services and quality details for each plan. To see more information, click on the plus sign before the 'Benefit' in column one or click on 'Plan Documents' at the end of the list.

[Back to Plan List](#)[Print this Page](#)

Fidelis Care, Bronze, ST, INN, Fidelis Care HBX Network, Pediatric Dental, Dep25, Free Telemedicine

Price Per Month	\$457.52	Metal ⓘ	Bronze	Overall Quality Rating ⓘ	★★★★☆	<a href="#">Quality Details</a>
Maximum Out of Pocket ⓘ	\$8,700 / \$8700 per person   \$17400 per group	Out-of-Network Coverage ⓘ	No	Allows Health Savings Account	No	
Plan Id	25303NY0010001	Persons Covered	Individual	Deductible ⓘ	\$4,700 / \$4700 per person   \$9400 per group	

**Design** Fidelis Care members have direct access to a large network of quality providers throughout New York State. No referrals or paperwork are required to access Fidelis Care providers. Benefits include comprehensive coverage for hospitalization, surgery, prescription drugs, and 100% coverage for some preventive care services such as annual check-ups & flu shots. Coverage for your child's dental and vision care is also covered, as well as a gym reimbursement program to help you reach your fitness goals. Services obtained through Fidelis Care's Telemedicine program are covered free of charge.

Click on the benefit categories below to learn more about this plan's covered benefits and services. To see a full list of the benefits and services, visit the "Summary of Benefits" link under "Plan Documents" at the bottom of this page.

[+ Other Services](#)[+ Emergency Services](#)[+ Preventive and Wellness Services and Chronic Disease Management](#)

緑色枠以降のリストはこのプランを対象とした適用範囲と医療サービスです。

ご不明な点は JASSI ナビゲーターまでお尋ねください。

こちらの見積もりは NY 州健康保険局のご加入条件により、申請後、多少変わることもございますのでご了承ください。