

Medicare Advantage プランに登録 するための個人登録申請フォーム (パートc)



申請状況はこちらからご確認ください。

wellcare.com/applicationtracker

注：アスタリスク (*) が付いているすべての質問に回答する必要があります。アスタリスク (*) のない質問は任意です。記入しないからといって補償を拒否されることはありません。

このフォームは誰が使用できますか。

Medicare Advantage プランへの参加を希望する Medicare 加入者

プランに参加するには、以下の条件を満たす必要があります。

- 米国市民であること、または米国に合法的に滞在していること
- プランのサービスエリアに住んでいること

重要： Medicare Advantage プランに加入するには、以下の両方に加入する必要があります。

- Medicare Part A (病院保険)
- Medicare Part B (医療保険)

このフォームはいつ使用しますか。

以下の期間にプランに参加できます。

- 毎年10月15日～12月7日 (1月1日に開始する補償の対象となる)
- 最初に Medicare を受領してから3か月以内
- プランに参加または切り替えることができる特定の状況

プランの申し込み時期の詳細については、[Medicare.gov](https://www.medicare.gov) をご覧ください。

このフォームに記入するには何が必要ですか。

- Medicare 番号 (赤、白、青の Medicare カードに記載されている番号)
- 定住所と電話番号



代わりに go.wellcare.com/OhanaHI で登録することを考えたことはありますか。迅速、安全、かつ簡単な申請方法です

リマインダー：

- 秋のオープン登録期間 (10月15日～12月7日) 中にプランに参加したい場合は、12月7日までに記入済みのフォームをプランに送付しておく必要があります。
- プランからプランの保険料の請求書が送られてきます。保険料の支払いを銀行口座からの引き落としにするか、毎月の社会保障制度 (または鉄道退職委員会) の給付金から差し引くかを選択できます。

次に行うべきことは何か。

記入・署名済みのフォームを以下に送付してください。

Wellcare By 'Ohana Health Plan
PO Box 31395
Tampa, FL
33631-3395

加入申請が処理されると、連絡が来ます。

このフォームに関してサポートが必要な場合はどうすればよいですか。

Wellcare By 'Ohana Health Plan **1-844-480-0680** までお電話ください。TTY ユーザーの場合は、**711** までお電話ください。または、Medicare **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** までお電話ください。TTY ユーザーの場合は、**1-877-486-2048** までお電話ください。

住む場所がない状態にある個人

- プランに参加したいけれども、定住所がない場合、私書箱、避難所やクリニックの住所、または（社会保障制度の小切手などの）郵送先住所が、定住所とみなされる場合があります。

重要

このフォームや個人情報（請求、支払い、医療記録等）をPRAレポートクリアランスオフィスへ送付しないでください。このフォームやその収集負担を改善する方法（OMB 0938-1378で概説）に関係ない項目は、すべて廃棄されます。保管されたり、レビューされたり、または本プランに転送されたりすることはありません。このページの「次に行うべきことは何か」を参照して記入済みのフォームをプランに送信してください。

2026年MEDICARE ADVANTAGEプラン個人登録フォーム

別の言語または別の形式（点字）で情報が必要な場合は、Wellcareにお問い合わせください。

— アスタリスク (*) の付いたフィールドはすべて必須項目です。 —

Wellcare Medicare Advantage プランに登録するには、以下の情報を提供してください。

*プランタイプ: HMO-POS D-SNP

*登録を希望するプランのボックスを選択してください。

Wellcare 'Ohana Dual Align

プランID番号：H：

--	--	--	--	--	--	--	--	--

 *\$

--	--	--

 .

--	--

 /月

(加入遅延違約金がある場合、それは含まれていません)

個人情報:

☐ 男性の敬称 ☐ 既婚女性の敬称 ☐ 女性の敬称

[illegible]

*名:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ミドルネームのイニシャル:

--	--	--

*性別：☐ 男性 ☐ 女性 *生年月日：(MMDDYYYY)

連絡先情報:

ぜひプランを理解して、加入をご検討ください。申請状況についてお知らせできるように、電話番号とメールアドレスをご記入ください。加入者として、何が期待できるか、健康の維持、追加給付金の利用、医師探し、メンバーポータル、その他の重要なことなど、役立つ情報をご提供します。興味がない場合は、一部のテキストや電子メールをオプトアウトすることができます。

Wellcareプランを気に入っていただければ幸いです。ニーズの変化に伴い、より良いプランが他にある場合は、お知らせいたします。当社のプランについてのみお伝えします。

電話の種類： ☐ 携帯電話 ☐ その他 *主要電話番号：

電話の種類: ☐ 携帯電話 ☐ その他 第2の電話番号:

受給者のメールアドレス：

[illegible]

ペーパーレス化。多くのプランの書類はデジタル形式で入手できます。

デジタルで受信するには、こちらにチェックを入れてください。

インターネット、メール、テキストメッセージをご自分で使うことに支障がありますか。

☐ はい ☐ いいえ

ライセンスを付与された代表者:

ご希望の連絡方法: ☐ 電話 ☐ テキスト ☐ メール

(「ご希望の連絡方法」以外で、ご連絡を差し上げる場合がありますのでご了承ください。)

(私書箱は入力しないでください。注：住む場所がない状態にある個人の場合、私書箱が定住所とみなされる場合があります。)： ☐ 住む場所がない状態にある

*定住所:

[illegible][illegible][illegible]

*郵便番号:

--	--	--	--	--

*郵送先住所：（定住所と異なる場合のみ、私書箱が許可されます）

*所在地住所:

[illegible][illegible]

*郵便番号:

--	--	--	--	--

緊急連絡先情報（オプション）：

緊急連絡先:

[illegible]

Medicare保険情報を入力してください

赤、白、青のMedicareカードを取り出して、このセクションに記入してください。

- ・ Medicareカードに記載されているとおりにこの情報を入力します。
 - または -
- ・ Medicareカードのコピー、または社会保障制度または鉄道退職委員会からの手紙を添付してください。

氏名（Medicareカードに記載されているとおり）：

*Medicare番号:

[illegible]

以下の権利がある： 発効日：(MMDDYYYY)

病院 (パートA)

--	--	--	--	--	--	--	--

医療（パートB）

--	--	--	--	--	--	--	--

Medicare Advantage プランに加入するには、Medicare Part A と Part B に加入する必要があります。

H9916_WCM_4635357_JPN_0_C
©Wellcare 2025

ライセンスを付与された代表者:

[illegible]

以下の重要な質問を読み、回答してください。

*1. Wellcare以外にも処方薬の補償 (VA、TRICAREなど) を受けていますか。

☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、他の補償と、その補償の識別 (ID) 番号を記入してください。

*他の補償の名称:

*当該補償の加入者番号:

*当該補償のグループ番号:

2. あなたは介護施設などの長期療養施設の居住者ですか。 ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、以下の情報を提供してください。

施設名:

施設の住所 (番地と通り):

市区町村: 州:

郵便番号: 電話番号:

*3. 州のMedicaidプログラム番号を入力してください。

D-SNPプランのMedicaid番号を含めてください。Medicaid番号の記入が漏れると、申請の処理が遅れ、申請が拒否される場合があります。

4. あなたやあなたの配偶者は働いていますか。 ☐ はい ☐ いいえ

英語以外の言語で、または利用できる形式で情報を受け取りたい場合は、以下のボックスのいずれかにチェックを入れてください。

☐ 中国語 (利用可能な場合) ☐ 韓国語 (利用可能な場合) ☐ ミャオ語 (利用可能な場合)

☐ タガログ語 (利用可能な場合) ☐ ラオス語 (利用可能な場合)

☐ カンボジア語／クメール語 (利用可能な場合) ☐ ハワイ語 (利用可能な場合)

☐ 日本語 (利用可能な場合) ☐ ベトナム語 (利用可能な場合) ☐ サモア語 (利用可能な場合)

☐ タイ語 (利用可能な場合) ☐ イロカノ語 (利用可能な場合) ☐ 拡大文字

☐ 点字 ☐ オーディオCD ☐ データCD

ライセンスを付与された代表者:

ネットワーク内のかかりつけ医（PCP）（PCPの姓名）、クリニックまたは医療センターを選択してください。医療機関は、[wellcarefindaprovider.com](https://www.wellcarefindaprovider.com)で見つけることができます。

[illegible]

IPA ID#										PCP NPI								
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible]

有効なネットワーク内のPCPが選択されていない場合、またはPCPの自動割り当てのチェックボックスにチェックが入っていない場合、ネットワーク内のPCPが受給者に割り当てられます。PCPの割り当ては、加入者IPカードの加入者サービス番号に電話することで、いつでも変更できます。

月額プラン保険料は、郵便、クレジットカード、電話での支払い、電子資金移動（EFT）で毎月お支払いいただけます。また、資格がある場合は、毎月、社会保障制度または鉄道退職委員会（RRB）給付金小切手から自動的に控除して保険料を支払うこともできます。支払いオプションを選択しない場合、毎月の保険料を支払うためのクーポンブックを受け取ります。

収入が限られている人は、処方薬の費用を支払うための追加支援（Extra Help）を受ける資格があります。現在追加支援を受けている場合でも、再認定を再申請する必要がある場合があります。多くの人は、このような処方薬費用の節約を受ける資格があり、それを知らないことがあります。この追加支援の詳細については、お近くの社会保障局にお問い合わせいただくか、社会保障庁 1-800-772-1213 までお電話ください。TTY ユーザーは 1-800-325-0778 にお電話ください。追加支援は <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help> からオンラインで申請することもできます。

ライセンスを付与された代表者:

[illegible]

☐ 毎月、銀行口座からの電子資金移動 (EFT)。

- ・ 毎月小切手を忘れずに送る必要はありません。
- ・ 毎月15日から20日の間に、あなたの口座から自動的に資金が引き出されます。
- ・ ボイド (VOIDED) チェックを同封するか、以下を提出してください。

口座名義： _____
(引き落とし口座に表示される名前を活字体で記入してください。)

銀行名： _____

ルーティング番号 (9桁の番号)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座タイプ： ☐ 当座預金 ☐ 普通預金

口座名義人の署名： (加入者と異なる場合) _____

私は、本サービスを終了する旨の書面による通知を行うまで、この承認は有効であることに同意します。

☐ 毎月の社会保障制度または鉄道退職委員会 (RRB) の給付金小切手からの自動控除 (適格の場合)。

毎月の給付金： ☐ 社会保障制度から ☐ 鉄道退職委員会から

社会保障制度／RRB控除は、社会保障制度またはRRBが控除を承認してから開始するまでに、2か月以上かかる場合があります。ほとんどの場合、社会保障制度またはRRBが自動控除の申請を承諾した場合、社会保障制度またはRRBの給付金小切手からの最初の控除額には、登録発効日から控除が開始されるまでに支払う必要があるすべての保険料が含まれます。社会保障制度またはRRBが自動控除の申請を承認しない場合、または登録発効日以降に控除を開始することを承認した場合は、毎月の保険料の請求書をお送りします。

☐ 毎月の保険料支払い用のクーポンブックを受け取る。

注：また、毎月のクーポンを使用する代わりに、クレジットカードまたは銀行口座からの控除 (当座預金／普通預金) によって、プランの保険料を支払うこともできます。お支払いの設定は、当社のウェブサイト go.wellcare.com/OhanaHI にアクセスするか、または Wellcare 1-844-480-0680 にお電話ください。TTY ユーザーは 711 にお電話ください。営業時間は、(すべてのタイムゾーンで) 日曜日～土曜日の午前8時～午後8時です。



この重要な情報をお読みください。

MAPD プランの場合：現在、雇用主または組合から医療保障に加入している場合、Wellcare プランに参加することは、雇用主または組合の医療給付金に影響を与える可能性があります。Wellcare に加入すると、雇用主または組合からの医療保障を失う可能性があります。雇用主または組合から送られる通信をお読みください。質問がある場合は、ウェブサイト にアクセスするか、通信に記載されている事務局にお問い合わせください。連絡先の情報がない場合は、給付金管理者または補償範囲に関する質問に回答する事務局が対応いたします。

ライセンスを付与された代表者：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

読んで署名してください。

- ・私がWellcareに留まるには、病院保険（パートA）と医療保険（パートB）の両方を維持する必要があります。
- ・本Medicare Advantageプランに参加することで、私は、Wellcareが私の情報をMedicareと共有し、Medicareが、私の登録状況の追跡、支払い、およびこの情報収集を許可する連邦法により許可されるその他の目的で、この情報を使用する場合があることを認めます（以下のプライバシー保護法声明書を参照）。このフォームへの回答は任意です。ただし、回答しない場合、プランへの登録に影響する可能性があります。
- ・私は、一度に一つのMAまたはパートDプランにのみ登録できること、およびこのプランへ登録すると自動的に別のMAまたはパートDプランへの登録が終了することを理解しています（MA PFFS、MA MSAプランには例外が適用されます）。
- ・私は、Wellcareの補償が始まると、医療および処方薬の給付金の全額をWellcareから受け取らなければならないことを理解しています。Wellcareが提供し、Wellcareの補償内容証明書（加入者契約または登録者契約とも呼ばれる）に記載されている給付金およびサービスが対象となります。MedicareもWellcareも、対象外の給付金やサービスに対して支払いを行いません。
- ・この登録フォームに記載されている情報は私の知る限り正しいです。私は、本フォームに意図的に虚偽の情報を記載した場合、本プランから登録が抹消されることを理解しています。
- ・私は、本申請書への私の署名（または私の代理で行動する法的権限を有する者の署名）が、本申請書の内容を読み、理解したことを意味することを理解しています。認定代理人（上記に記載）が署名した場合、この署名は以下を証明します。

1) この個人は、州法に基づき、この登録を完了する権限が与えられている。

2) この権限に関する文書は、Medicareの要請に応じて入手可能である。

この文書に署名することにより、私は、私の知る限りにおいて、私が提供したすべての情報が真実、完全かつ正確であることを証明します。私は、この情報が間違っていると判断された場合、登録を解除される可能性があることを理解しています。

署名: _____ 本日の日付:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

*あなたが認定代理人である場合、以下の情報に署名し、提供する必要があります。

すべてのメールを認定代理人宛てに送信してほしいですか。 ☐ はい ☐ いいえ

電話を、認定代理人に転送してほしいですか。 ☐ はい ☐ いいえ

*氏名:

*住所:

[illegible]

ライセンスを付与された代表者:

*郵便番号: *電話番号:

*加入者との関係:

登録期間の受給資格の証明

通常、Medicare Advantage プランに加入できるのは、毎年10月15日から12月7日までの年次登録期間のみです。この期間外に Medicare Advantage プランに加入できる例外があります。Medicare の給付金を利用するのが初めてで、65 歳になってから 90 日以上が経過している場合は、「Medicare は初めてである」に該当します。SEP（特別加入期間）は適用されないため、以下から該当する SEP を選択してください。

以下の宣言をよく読み、該当する場合はボックスを選択してください。以下のボックスのいずれかに記入することにより、あなたが知りうる限り、あなたは登録期間に適格であることを証明することになります。この情報が間違っていると当社が後で判断した場合、登録を末梢される可能性があります。

選択する宣言に対して日付が必要な場合は、次の形式を使用してください。MMDDYYYY

選択する前に、以下の宣言をすべてお読みください。

1. ☐ Medicare は初めてである。
*1. 新たに資格を得た、2. 65 歳になってから 90 日以内、または直近 90 日以内に 65 歳になった、3. 給付金の新規受給者、または、4. 新規に資格を得たが、以前に障害によって Medicare を受けていた場合にのみ選択してください。
*雇用主の補償が最近終了し、Medicare を初めてご利用になる場合は、以下の「雇用主または組合からの補償が終了した」の SEP を選択してください。
2. ☐ 年次登録期間（AEP）は毎年 10 月 15 日～12 月 7 日である。
3. ☐ 私はパート A/D に加入しており、最近パート B を契約した。私は MA プランに登録したいと考えている。
4. ☐ Medicare は初めてであり、パート A および／またはパート B の補償が開始された後に Medicare の受給について通知を受け取った。通知受領日:
5. ☐ 以前に Medicare を受給していたが、私はこれから 65 歳になる。
6. ☐ 私は Medicare Advantage プランに加入しており、Medicare Advantage オープン登録期間（MA OEP）中に変更を行いたいと考えている。
7. ☐ 現在のプランのサービスエリア外の新しい住所に引っ越した。または最近引っ越して、このプランが私にとっての新しいオプションとなっている。引っ越した日:
8. ☐ 私は、国外に住んでから米国に帰国した。帰国日:
9. ☐ 私は監禁から解放された。監禁から解放された日:

ライセンスを付与された代表者:

10. ☐ 最近、米国で在留資格を取得した。資格取得日:
11. ☐ 私は介護施設やリハビリ病院のような長期療養施設に入っている。
*注: 長期療養施設の情報を、フォームに記入する必要があります。
12. ☐ 私は最近、介護施設やリハビリテーション病院などの長期療養施設から出た。
*注: 長期療養施設の情報を、フォームに記入する必要があります。
施設から出た日:
13. ☐ 雇用主または組合からの補償 (COBRA補償を含む) が に終了した
14. ☐ 私は、Medicareの医薬品補償と同程度のMedicare以外の医薬品補償 (クレディタブル・カバレッジ) を失った。または私のその他のMedicare以外の補償が変更され、クレディタブル・カバレッジの対象とはみなされなくなった。補償の対象外となった日:
15. ☐ 私の既存のプランは、来年の契約年度は更新されない
*注: このSEPは、12月8日~2月の最終日まで有効です。
16. ☐ Medicareが私のプランとの契約を終了したため、私は補償を失った。Medicareから別のプランに加入できるという手紙が届いた。私の補償終了日:
17. ☐ 私は、PACE (高齢者向け包括的ケアプログラム) プランの補償を解約した。プログラム終了日: 。
18. ☐ 私は、特別ニーズプランに必要な特別ニーズのステータスがなくなったため、そのプランを失った。SNPから登録解除される日または解除された日:
19. ☐ 私は、自分の慢性疾患に合わせて給付金を調整する特別ニーズプランに参加したいと思っている。
20. ☐ CSNPプランに不適格であることが判明し、別のプランに加入したいと思っている。
通知受領日:
21. ☐ 最近、Medicaidに変更があった (Medicaidを新たに取得した、Medicaidレベルが変更になった、またはMedicaidの資格を失った)。変更日: 。
22. ☐ 最近、私の医薬品費用の支払いに関する追加支援に変更があった (最近追加支援を取得した、追加支援のレベルが変わった、追加支援がなくなった)。変更日: 。
23. ☐ 私はMedicare (または私の州) のプランに登録していたが、別のプランを選択したいと考えている。そのプランへの登録開始日:
24. ☐ 私は、州の医薬品支援プログラム (SPAP) に参加している。以下の州に、適格なSPAPがある。
Delaware、Indiana、Maine、Maryland、Massachusetts、Missouri、New Jersey、New Mexico、New York、Pennsylvania、Rhode Island、Texas、Vermont、Wisconsin。

25. ☐ 州の医薬品支援プログラムからの支援がなくなっている。支援がなくなった日：
26. ☐ 私は、または私が医療に関する意思決定を行う際に頼りにしている人物が、(連邦緊急事態管理庁、または連邦政府、州政府、または地方自治体によって宣言された) 緊急事態または大災害の影響を受けた。このページの他の宣言の1つが私に適用されたが、災害によりリクエストすることができなかった。
間に合わなかった登録期間:
27. ☐ 5つ星のMedicare プランに登録している。
28. ☐ 私は、過去3年間、星の評価が3つ未満のプランに加入している。星評価が3つ以上のプランに加入したいと考えている。
29. ☐ 私は、財政問題(破産管財人の管理下に置かれる)のために最近州に引き継がれたプランに加入している。別のプランに変更したいと考えている。
30. ☐ 利用可能な形式の資料をリクエストしたが、適時に受領できなかった。登録の判断をする時間ができたので、今すぐ登録したいと考えている。以前リクエストした利用可能な形式：
- *注: 利用可能な形式には、点字、データCD、拡大文字が含まれるが、これらに限定されない。
31. ☐ 私はパートAの保険料を支払い、一般登録期間(毎年1月1日~3月31日)にパートBに加入した。Medicare医薬品プラン(パートD) またはMedicare Advantage プランに加入したいと考えている。
32. ☐ 私は、例外的な状況のために適格となった特別登録期間にパートA(病院保険) またはパートB(医療保険)に加入した。
33. ☐ 私はWellCare/Centene Medicaid プランに加入しており、WellCare/Centene完全統合D-SNP (FIDE SNP)、高度統合D-SNP (HIDE D-SNP)、または該当する統合プラン(AIP)への加入を希望している。

これらの宣言のいずれにも当てはまらない場合、または不明な場合は、Wellcareの1-844-480-0680までご連絡ください。(TTYユーザーは711までお電話ください)。登録資格があるかどうか確認させていただきます。営業時間は、(すべてのタイムゾーンで) 日曜日~土曜日の午前8時~午後8時です。

このフォームの入力の際に加入者を支援する個人のみ

あなたが、このフォームへの加入者の記入を手伝う個人(エージェント、ブローカー、SHIPカウンセラー、家族、その他の第三者)である場合は、このセクションに記入してください。

氏名: _____ 加入者との関係: _____

署名: _____ 全国プロデューサー番号(エージェント/ブローカーのみ): _____

ライセンスを付与された代表者／事務局の使用のみ：

この文書に署名し提出することにより、私は、私の知る限りおよび信じるところによれば、その中に提供された情報が真実、完全、正確であることを保証します。私は、私の任命およびプロデューサー契約の終了まで、いかなる不実表示または不作為も懲戒処分の根拠となる可能性があることを理解しています。

スタッフメンバー／エージェント／ブローカー／ライセンスを付与された代表者（登録時に支援した場合）の名称：

[illegible]

ライセンスを付与された代表者の署名:

申請受付日:

--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1995年文書業務削減法によると、有効なOMB管理番号が表示されていない限り、情報収集に回答する必要はありません。この情報収集の有効なOMB管理番号は0938-1378です。この情報を記入するのに必要な時間は、指示の確認、既存のデータリソースの検索、必要なデータの収集、情報収集の完了と確認を含め、回答1回当たり平均20分と推定されています。時間の見積もりの正確性に関するご意見や、このフォームを改善するためのご提案がありましたら、下記まで書面にてご連絡ください：

CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

プライバシー保護法声明書 Medicare & Medicaid サービスセンター (CMS) は、Medicare プランから情報を収集し、Medicare Advantage (MA) プランへの受給者登録を追跡し、ケアを改善し、Medicare 給付金の支払いを行います。社会保障法第1851条および第1860D-1条ならびに42 CFR第422.50条および第422.60条は、この情報の収集を承認しています。CMSは、記録通知システム (SORN) の「Medicare Advantageの処方薬 (MARx)」、System No. 09-70-0588に明記されているように、Medicare受給者からの登録データを使用、開示、交換することができます。このフォームへの回答は任意です。ただし、回答しない場合、プランへの登録に影響する可能性があります。

‘Ohana Health Plan、Wellcare Health Insurance of Arizona, Inc.が提供するプラン

ライセンスを付与された代表者:

[illegible]