



## 対象となるのは？

以下の条件が当てはまる低収入の  
居住者：

- 妊婦および幼児
- 1～18歳の未成年者
- 扶養家族である未成年の親および  
保護者である親族、または
- 妊娠しておらず Medicare の対象  
でない 19～64 歳の成人

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。

# Medicaidの概要

## 含まれるサービスは？

- 病院入院および外来サービス
- クリニックサービス
- Child/Teen Health Program の下での 21 歳  
未満の未成年のための初期スクリーニング、  
診断、および治療
- 医薬品、消耗品、医療機器、車椅子などの  
設備など
- 検査サービスおよび X 線サービス
- 医師や歯科医による予防医療や歯科治療・  
処理
- 養護ホームでのケア
- 在宅医療機関を通じたケアおよび介護
- 精神病院（21 歳未満または 65 歳以上  
の場合）、精神衛生施設、および発達障  
害者を支援する施設での治療
- 家族計画サービス
- 公共交通機関と車の走行距離を含む、  
医療予約先までの移動
- 病院への救急車による緊急搬送
- ガムやパッチなどの禁煙製品

年齢、経済的な事情、家族の状況、または生活環境のため、一部のサービスは含まれない場合があります。一部のサービスには、少額の定額自己負担が必要な場合があります。マネジド医療プランに加入している場合、調剤サービスの少額の定額自己負担を除き、定額自己負担はありません。

## 連絡先：

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

# 自分の収入や資産がMedicaidの対象となるかどうかは、どうすれば分かりますか？

下の表は、Medicaidの対象となる年収の上限を示しています。\*  
この所得レベルは、同居する家族の人数によって異なります。

2024年の年収レベル				
家族の人数	親/後見人または独身/子のないカップルまたは親と同居していない19歳および20歳の成人	1~18歳の未成年者	親と同居している19歳および20歳の成人	妊娠している女性、1歳未満の乳児、または家族計画給付の対象となる個人
	FPLの138%	FPLの154%	FPLの155%	FPLの223%
1	\$20,783	\$23,193	\$23,343	\$33,584
2	\$28,208	\$31,478	\$31,682	\$45,582
3	\$35,632	\$39,763	\$40,021	\$57,579
4	\$43,056	\$48,048	\$48,360	\$69,576
5	\$50,481	\$56,334	\$56,699	\$81,574
6	\$57,905	\$64,619	\$65,038	\$93,571
7	\$65,330	\$72,904	\$73,377	\$105,569
8	\$72,754	\$81,189	\$81,716	\$117,566
9	\$80,178	\$89,474	\$90,055	\$129,563
10	\$87,603	\$97,760	\$98,394	\$141,561
上記を超える人物当たりの料金	\$7,425	\$8,286	\$8,339	\$11,998

\* 2024年の連邦貧困レベル (Federal Poverty Levels, FPL) に基づいています。収入レベルは、FPLの変更に応じて毎年調整される可能性があります。

## Medicaidは費用がどれくらいかかりますか？

**月払い保険料：**Medicaidには月払い保険料はありません。

**コストシェアリング：**Medicaidの一部のサービスには、少額の固定負担額が必要ですが、固定負担額が必要でない場合もあります。1年間にMedicaidで固定負担額として支払う合計額は、最大\$200です。

Medicaidに関するよくある質問とその回答のリストは、以下をご覧ください：[health.ny.gov/medicaid](https://health.ny.gov/medicaid)