

**SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver**

本用紙はSeattle Municipal Code (SMC) 14.28「ホテル従業員の医療へのアクセス改善」に基づき、雇用主による毎月必要な医療費支払いの申し出を断る従業員に提供される場合があります。権利の放棄を望む従業員は本文書をよく読み、放棄する資格を有しているかどうか判断してください。

本用紙に関する質問がある雇用主および従業員は、Office of Labor Standards (OLS、労働基準監督署) まで電話 (206-256-5297) で問い合わせるか、OLSのウェブサイト (<http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>) をご覧ください。

**パートA 雇用主向け情報**

雇用主は従業員に本用紙を渡す前にこちらを確認し、記入してください。

資格を得るには、SMC 14.28およびSeattle Human Rights Rule 190-250で要求されるすべての条件を満たす必要があります。以下のものを含みますが、これらに限定されません。

- 従業員は権利放棄に署名するように圧力をかけられることがあってはなりません。
- 雇用主は従業員が署名しなければならないと提案したり、ほのめかしたりしてはいけません。
- 権利放棄用紙は完全に記入しなければなりません。
- 権利放棄用紙はいかなる方法でも変更できません。
- 本用紙は従業員の第一言語で提供されなければなりません。他言語の用紙はOffice of Labor Standardsのウェブサイトから入手できます。

以下の者に対する医療費を充足させるための雇用主の計画：

従業員名 (名および姓) : \_\_\_\_\_

はい/いいえ	医療費の種類	月額
	雇用主が提供する医療保険の支払い	
	医療費貯蓄口座への入金	
	医療費払戻口座への入金	
	医療費支出口座への入金	
	その他 (具体的に記入) :	
	通常の所得支払い	

雇用主連絡先：医療費に関連する質問がある場合の従業員向け問い合わせ先

雇用主名	
雇用主住所	
雇用主担当者	
担当者のEメールアドレス および電話番号	

## パートB 従業員の権利に関する情報

従業員は本文書をよく読んでください。


従業員名 (名および姓) : \_\_\_\_\_

シアトル市の法律では雇用主に対し、従業員に、もしくは従業員に代わって医療費を毎月支払うことを義務付けています。医療費とは従業員が医療サービスを受ける際に雇用主によって支払われる金額です。例えば雇用主は以下を行うことができます。

- 従業員を健康保険プログラムに登録するための支払いをする
- 従業員の医療費貯蓄口座や医療費払戻口座に入金する
- 従業員に通常の所得を支払う

雇用主はこの法的義務を果たすための方法を選ぶことができます。雇用主の支払額は従業員の世帯人数によって異なります。現在の支払額はOLSのウェブサイトに記載されています。

特定の状況下では、雇用主が従業員に対し、または従業員に代わって支払いを行わない場合でも、従業員のために医療費を支払ったとみなされます。そのような状況とは、次の事項が満たされる場合を指します。

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療費を支払う雇用主の計画が従業員に支払うべき金額を完全に満たしている場合。</li> <li>2. その雇用主の計画で、医療費を得るために従業員が定額以上（以下に記載）の支払い（雇用主負担の健康保険の保険料など）をすることを要求していない場合。</li> <li>3. 従業員が雇用主の支払計画の全部または一部を任意で拒否する場合。</li> <li>4. 従業員がこの権利放棄書に任意で署名する場合。</li> </ol>	<p>この<b>定額</b>は毎年変更し、7月1日より前に公表されます。金額は労働基準監督署（Office of Labor Standards）のウェブサイトで確認できます。  <a href="https://seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance">seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance</a>か、以下のQRコードをスキャンして現在の金額を確認してください。雇用主からこの金額以上を支払うように求められる場合、雇用主はあなたが支払うはずの医療費用全額を負担する必要があり、あなたは法律の保護を受ける権利を放棄できません。</p> 
---	--

このセクションは雇用主が記入してください。

暦年 \_\_\_\_\_ 年の**定額**は1か月あたり \_\_\_\_\_ です。  
(現在の年)

(配偶者、ドメスティックパートナーまたは扶養家族のいない従業員の場合、調整済みの毎月の医療費の20%)

これは通常、雇用主が従業員を健康保険プログラムに登録するための支払いをすることで義務を果たそうとする際に起こります。

従業員が雇用主の選択した医療費の支払方法の一部または全部を拒否する場合、従業員がこの権利放棄書に

署名することで、雇用主は従業員に対し、医療費の受け取り権利を放棄することを要求できます。

従業員はこの用紙に署名すると、雇用主が従業員のために、または従業員に代わって必須となる医療費の支払いを停止できることを雇用主に伝えることとなります。この権利放棄書は1年間のみ有効です。雇用主は、従業員が権利を放棄することを望むことを示す更新用紙を毎年取得する必要があります。

また従業員は毎年のオープンエンrollment期間中または雇用主による健康保険の対象となる事象が発生した場合、任意の権利放棄を撤回（キャンセル）できます。この撤回は書面にて行われる必要があります。利用可能なサンプル言語はOLSのウェブサイトで見ることができます。

従業員が署名をせずに、医療費の全部または一部を引き続き拒否する場合、雇用主は従業員のために医療費を支払う必要はありません。従業員が署名をせず、医療費の全部または一部を引き続き拒否しない場合、雇用主は従業員のために医療費を支払う必要があります。



従業員の権利放棄書（任意）

権利の放棄を望む場合のみ署名してください。

従業員名（名および姓）： \_\_\_\_\_

私は以下に署名することで、ワシントン州法に基づき偽証罪の罰則を承知の上で、次の事項が真実であることを証明します。

- 私は法律のもと権利に関する上記の情報を読み、理解しています。
- 私は本用紙パートAに記載される雇用主が私のために選択した医療費の全部または一部を拒否します。
- 私は雇用主から医療費を受け取る権利を放棄することを望みます。
- 私はこの権利放棄書が1年間のみ有効であることを理解しています。
- 私は書面によりこの権利放棄書を撤回できることを理解しています。
- 質問がある場合は、本用紙パートAに記載される雇用主の担当者に連絡します。

従業員名			
署名			
日付		場所（市、州）	