



Health, Wellness and Vision Claim Information 医療、健康増進、視力に関する請求情報

This claim form is to be completed by the provider to verify a claim made by the patient to Global Benefits Group (GBG). Return this form along with **itemized bills, diagnosis, and receipts**. GBG must receive claims within 180 days after first day of treatment. この請求フォームは、患者がグローバル・ベネフィット・グループ(GBG)に対する請求をサービス提供者が承認することにより完了します。このフォームを **項目別請求書、診断書、領収書を添付の上、返送してください**。請求は治療の初日から180日以内にGBGが受領する必要があります。

Please send completed claim form and supporting documents to Global Benefits Group:
記入済み請求フォームと証明書類をグローバル・ベネフィット・グループまで送付してください。

- Submit 送信: eclaims@gbg.com / 請求: customerservice@gbg.com
- Mail 郵送: Global Benefits Group
PO Box 211008, Eagan, MN 55121 USA
- Fax ファックス: +1.949.271.2330

A. PRIMARY INSURED INFORMATION 主要被保険者情報	
Name (Last, First, MI): 氏名(姓、名、もしあればミドルネームのイニシャル):	
Policy # 保険証券番号:	GBG ID 番号:
Date of Birth 生年月日: (DD/MMM/YYYY、例23/NOV/1988)	Employer 勤務先(該当する場合):
Address 住所:	
Postal Code 郵便番号:	Country 国:
Phone 電話:	Fax ファックス:
Email Eメールアドレス:	
B. PATIENT INFORMATION 患者情報	
Name (Last, First, MI) 氏名(姓、名、もしあればミドルネームのイニシャル):	<input type="checkbox"/> Patient 患者: <input type="checkbox"/> Dependent Spouse 扶養配偶者 <input type="checkbox"/> Dependent Child 扶養子
Date of Birth 生年月日(DD/MMM/YYYY):	
Address 住所:	
Postal Code 郵便番号:	Country 国:
C. CLAIM INFORMATION 請求情報	
Date illness/injury occurred 傷病発生日 (DD/MMM/YYYY):	
Is this claim for Maternity treatment? この請求は産科医療向けですか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ If Yes, Delivery Date はいの場合、出産日: _____	
Describe problem, symptom or complaint 問題、症状、病状を記述してください:	
Physician's Diagnosis/Results of your visit 医師の診断/診療記録:	



Has diagnosis/treatment for same condition or related condition been given previously? If so, provide dates, results, kind of treatment, prescribed drugs, name of doctor/facility 同様の症状のための診断/治療が以前に提供されたことがありますか？ 該当する場合は、日付、診療結果、治療の種類、処方薬、医師名/医療機関名を明記してください：

Treatment resulting from 治療の起因となるもの：

a. The patient's occupation 患者の職業は？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	b. An automobile accident? 自動車事故ですか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	c. Any type of accident 何らかの事故ですか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
--	--	---

If yes to any of the above, please provide date and details of accident 上記のいずれかに1つでもはいと回答された場合は、事故の日付と詳細を明記してください。

Is this patient also covered by この患者は別の機関の保険でも補償されていますか？：

a. Other Group Health/Dental plan(s) 他のグループ健康/歯科保険？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	b. Medicare / other Government Agency ケア/その他政府機関？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	c. No-fault auto carrier? 無過失自動車保険 ですか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
---	---	---

If yes to any of the above, please provide 上記いずれかに該当する場合は以下を明記してください：

Name of Carrier 保険会社名：	Policy number of other source その他の機関のポリシー番号：
------------------------	--

Carrier Address 保険会社の所在地：

PHYSICIAN / FACILITY INFORMATION 医師/医療機関情報

Physician/Facility/Provider Name 医師/医療機関/サービス提供者名：

Address 住所：

Postal Code 郵便番号：	Country 国：
-------------------	------------

Phone 電話：	Email Eメールアドレス：
-----------	-----------------

RECEIPTS (In order to receive payment, please attach receipts and list treatments and/or prescribed drugs and the charges for each below) 領収書 (支払いを受けるために、領収書を添付し、治療、処方薬、支払いを各々下に列挙してください。)

Date of Service サービス日付 (DD/MMM/YYYY)	Description of each Service/Prescription Drug 各サービス/処方薬の説明	Cost コスト	Currency 通貨
Total amount paid by Patient 患者による支払い総額：			
Total unpaid balance still due to Provider サービス提供者へ未払い総額：			



D. REIMBURSEMENT METHOD 還付方法

Please reimburse 還付事項: Primary Insured 主要保険契約者 Provider サービス提供者 (小切手による支払い)

REIMBURSEMENT METHOD: Request preferred method of reimbursement below 還付方法: 以下から要求する還付の希望方法を選択してください。

Check to Primary Insured's Address, as listed in PRIMARY INSURED INFORMATION section.
主要被保険者情報欄に記載されている、主要被保険者の住所への小切手。

Check to other Mailing Address 他の送付先への小切手:

Send by Electronic Direct Deposit (U.S. banks only) or Wire Transfer (non-U.S. banks)
電信直接送金 (米国国内の銀行のみ) または電信為替 (米国国外の銀行)による送金

Bank Name 銀行名:

Name on Account 口座名義:

Account #/IBAN 口座番号/IBAN:

Routing #/ABA # ルーティング番号/ABA番号 (電信直接送金):

SWIFT code SWIFTコード (電信為替):

Bank Address 銀行所在地 (電信為替):

E. AUTHORIZATION 承諾

Any person who knowingly files a statement of claim containing any misrepresentation or any false, incomplete or misleading information may be guilty of a criminal act punishable under law and may be subject to civil penalties.

The above answers are true and correct to the best of my knowledge. I authorize any physician, medical institution, pharmacy, insurance company, employer, labor union, or association to release information to Global Benefits Group as required to properly pay all benefits, if any due to me, my spouse, or any other dependents. A photocopy of this authorization shall be considered effective and valid as the original. 故意に不実表示、または虚偽、不完全もしくは誤解を招く情報を含むクレームを申請する者は、法に則って罰せられる犯罪行為として有罪となる可能性があり、およびに民事上の処罰の対象となる可能性があります。

上記の答えは私の知る限りにおいて、真実かつ正確なものです。私、配偶者、すべての扶養家族のために、すべての便益を適切に果たすために、グローバル・ベネフィット・グループに対して情報開示について、私はあらゆる医師、医療機関、調剤薬局、保険会社、雇用者、労働組合、または団体に対して権限を与えます。この承諾の写真複製は、原本同様の実効性を持つと考えられます。

Insured Person 被保険者

Name 氏名:

Date 日付:

Signature 署名:

このフォームに私の氏名をタイプすることにより、私は電子的に署名をしており、この電子署名が手書きの署名と法的に同等の署名であることとします。