



Pre-Authorization Form 事前承認許可フォーム

If not a medical emergency as defined by your policy contract, you must wait until you have a written authorization from GBG Assist before proceeding with any procedure requiring pre-authorization. Otherwise, penalty co-pay will be applied to your claims, and the provider may decline to direct bill us. Your policy has requirements regarding the pre-authorization of certain treatments/procedures. Non-emergency authorizations may take up to 5 business days to complete.

保険契約で定義される医療緊急事態でない場合は、事前承認許可を必要とする処置を進める前に、GBG アシストからの書面による承認許可を受け取るまで待たなければなりません。さもなければ、違約金として自己負担額があなたのクレームに適用され、プロバイダーが当社に直接請求書を送ることを拒む可能性があります。特定の治療や処置の事前承認許可に関する要件は保険証券に記載されています。緊急事態でない場合の承認許可の完了には最大で5日間かかることがあります。

Please send completed form to GBG Assist:

- Email: gbgassist@gbg.com
- Fax: +1.949.271.5038

完成したフォームを GBG アシストに送付してください：

- Eメール: gbgassist@gbg.com
- ファックス: +1.949.271.5038

A. 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)：	
Policy # ポリシー番号：	GBG ID # 番号：
Date of Birth 生年月日：(DD/MMM/YYYY, 例 23/NOV/1988)	Employer (if applicable) 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 メールアドレス：	
B. PRE-AUTHORIZATION REQUEST 事前承認許可の要請	
Procedure/treatment name 処置/治療の名称：	
Is the patient having surgery? この患者には手術が必要ですか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ If Yes, what type of anesthesia is required? その場合、どのような麻酔が必要ですか? <input type="checkbox"/> Local 局所麻酔 <input type="checkbox"/> General 全身麻酔 <input type="checkbox"/> Or Sedation 鎮静剤	
Expected surgery/inpatient admission date 手術/入院予定日(DD/MMM/YYYY)：	



Is the patient being admitted to the hospital overnight この患者には入院が必要ですか? <input type="checkbox"/> Yes. If yes, expected number of days/duration はい 高い場合入院が必要な日数/期間: _____ <input type="checkbox"/> No いいえ		
MATERNITY ADMISSIONS ONLY –Anticipated type of delivery 患者が妊婦の場合のみ一分娩方法(予定): <input type="checkbox"/> Vaginal 経膣分娩 <input type="checkbox"/> Cesarean Section 帝王切開		
Estimated Physician/Surgeon Cost and Currency 治療費/手術費の概算と通貨:		
Estimated Hospital/Facility Cost and Currency 病院/施設費の概算と通貨:		
First date injury, illness or accident occurred 怪我、病気、事故が発生した日 (DD/MMM/YYYY) :		
First date you ever received treatment for this condition この状態のための治療開始日 (DD/MMM/YYYY) :		
Describe treatment(s) received for this condition, if any, including dates (ex: medicine, consultation, surgery, hospitalization and conservative treatments): この症状のために過去に受けた治療について、日付を含めてご記入ください (医薬品、診断、手術、入院、保存療法など):		
Treatment resulting from 治療の起因となるもの:		
a. The patient's occupation 患者の職業ですか? <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:		
Has diagnosis/treatment for same or related condition been given previously? If so, provide dates, results, kind of treatment, prescriptions, name of doctor/facility 同様または関連する状態のための診断/治療が以前に提供されたことがありますか? 提供された場合には、治療の日付、結果、種類、処方内容、医師/医療施設名を明記してください:		



Is this patient also covered by この患者は次の機関からの填補も受けますか:		
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 メディケア/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 <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:
C. HOSPITAL/PHYSICIAN INFORMATION 病院/医師情報		
Hospital/Facility Name 病院/医療施設名:	Tax ID Number 番号(米国医療機関の場合のみ):	
Physician/Provider Name 医師/プロバイダー名:	Tax ID Number 番号(米国人医師の場合のみ):	
Address 住所:		
Postal Code 郵便番号:	Country 国名:	
Phone 電話:	Email E メールアドレス:	
D. AUTHORIZATION 認証		
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. 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、および民事上の処罰の対象となる可能性があります。		
Name 氏名:	Date 日付:	
Signature: 署名:		
By typing my name on this form, I am signing electronically and this electronic signature is the legal equivalent of my manual, handwritten signature. 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する		