

請求用紙の記入方法

すべての項目を必ず学生本人が記入してください

Relation Insurance Administrators
P.O. Box 6040
Agoura Hills, CA 91376-6040

CLAIM FORM

PLEASE COMPLETE IN FULL TO ENSURE PROPER PROCESSING

SCHOOL/ORGANIZATION		POLICY NUMBER (CAN BE FOUND ON ID CARD)	
INSURED'S LAST NAME		INSURED'S FIRST NAME	MI
INSURED'S U.S. MAILING ADDRESS—NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
INSURED'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	INSURED'S SCHOOL ID NUMBER	INSURED'S PHONE NUMBER

If claimant is a Dependent currently insured under this plan, complete information below (in addition to the above).

CLAIMANT'S LAST NAME		CLAIMANT'S FIRST NAME	MI
CLAIMANT'S U.S. MAILING ADDRESS—NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
CLAIMANT'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	CLAIMANT'S PHONE NUMBER	

SECTION 1 – INJURY OR SICKNESS INFORMATION

1. Is this claim pertaining to a sickness/medical condition or an injury? Sickness Injury If injury, please fill out the information below.
If claim is for a sickness/medical condition, skip to Section 2.

a) How and where injury occurred; and brief description of injury: _____
Date of Injury: _____

b) Did injury occur at work? No Yes If yes, name of employer: _____

c) Did injury occur during practice or play of school-sponsored sports? No Yes If yes, please complete information about the sport below.
Name of Sport: _____ Intercollegiate Intramural/Club
If intercollegiate, report to trainer and get signature. Signature of Athletic Trainer: _____

SECTION 2 – REFERRAL INFORMATION

2. Did you visit the campus health center for treatment of this injury or sickness? No Yes N/A (skip to Section 3)
If yes, signature and title of health center official: _____

3. Did you receive a referral to an outside doctor by the campus health center, or from one provider to see different provider? No Yes
If yes, please send a copy of the referral with this form.

SECTION 3 – OTHER INSURANCE INFORMATION

4. Do you have other insurance which covers your condition such as a group or individual health plan, government health plan, or automotive insurance plan (if auto accident)? No Yes
If yes, who is the Policyholder? Self Parent Spouse Name of Insurance Carrier: _____
Member No.: _____ Group No.: _____ Insurance Co. Phone No.: _____
Primary Insured's Name (Parent/Spouse/Self): _____

SECTION 4 – ASSIGNMENT OF BENEFITS

5. Indicate below to whom payment is to be made:
 Balance is owed to the provider of service. Please pay the provider as indicated on billing statement. Expenses have been paid by the patient/insured. Please reimburse the student or claimant listed above.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I authorize any Health Care Provider, Insurance Company, Employer, Person or Organization to release information regarding medical, dental, mental, alcohol or drug abuse history, treatment or benefits payable, including disability or employment related information, to Relation Insurance Administrators, or their employees and authorized agents for the purpose of validating and determining benefits payable. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. I certify the above information to be true and correct.
Patient's or Authorized Representative's Signature _____ Date _____
If student is under age 18, must be signed by a parent or guardian.

IMPORTANT: This form must be completed and returned to Relation Insurance Administrators within 90 days from the date of treatment, accompanied by all bills incurred to that date. Please include itemized bills (see itemized bill requirements on page 2).

YOU CAN SUBMIT THIS COMPLETED FORM BY MAIL OR FAX USING THE INFORMATION BELOW. CLAIMS ARE NOT ACCEPTED VIA EMAIL.

Claims Mail: Relation Insurance Administrators, P.O. Box 6040, Agoura Hills, CA 91376-6040
Claims Fax: (818) 735-3567
Customer Service: (800) 468-4343
Customer Service E-Mail: riainfo@relationinsurance.com

1. 学生の情報を入力

この項目には、氏名、住所、生徒ID等、基本的な個人情報を入力します。留学生は、国外の自宅住所ではなく、現在の米国での住所を記入してください。

1b. 被保険者の扶養家族がこの請求用紙を記入する場合、扶養家族の情報を「請求者」の項目に記入してください。

2. 傷害または疾病の詳細

この項目には、傷害または疾病に関する詳細を記入します。傷害を報告する場合、その傷害が作事中、スポーツ活動中、自動車運転中に発生したのかどうかを申請管理者が理解できるようにしてください。

3. 照会情報

医療機関からの照会が必要な場合、または、控除免責金額が医療機関からの照会により左右される場合、この項目を必ず記入し、医療機関からの照会状を必ず添付してください。

4. その他の保険補償内容

学生が他の保険プランの補償と契約している場合、そちらの保険請求を先に行ってください。そのプランで補償されなかった金額のみを学校保険が補助的な支払いとして補償します。

5. 給付金受取先の詳細

この項目で、給付金の受取先を請求管理者に明示します。

6. 署名と日付

この項目で、医療提供者と請求管理者間での関連する医療情報の共有が可能になるよう、個人情報の開示に同意することを示します。

7. 重要

この用紙に記入の上、医療行為が行われた日の全ての請求書を添付して、医療行為が行われた日から90日以内に保険会社に返送してください。請求明細書も添付してください。

8. 学生医療機関照会状の添付

医療機関からの照会が必要な場合、または、控除免責金額が医療機関からの照会により左右される場合、医療機関からの照会状が添付されているかを確認してください。

9. 請求明細書の添付

全ての請求明細書と、投薬があった場合は処方せん明細書も、請求用紙と一緒に送信してください。添付する請求書すべてに、学生の氏名と生徒番号を記入すると良いでしょう。

10. 記入済み用紙をメールまたはファックスで送信してください。