

請求用紙の記入/入力方法

学生本人が必ず全ての項目を記入/入力してください

MEDICAL EXPENSE Claim Form and Instructions

GeoBlue

GeoBlue is the trade name of Worldwide Insurance Services, LLC, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

1. 学生の情報を入力する
本項目は氏名、住所、学生ID等の基本的な身元特定情報を記入します。留学生は、海外の自宅住所ではなく、現在の米国での住所を記入/入力してください。「プラン・プログラムのスポンサーの名称 (Name of Plan Program Sponsor)」の下に、「GeoBlue」と記入/入力してください。

2. その他の健康保険
本項目は学生がその他の保険に加入しているかどうかに関する情報を記入します。別の保険プランによる補償外の場合、「いいえ (No)」の丸を塗りつぶしてください。

3. 診断
この項目には傷害または疾病に関する詳細を記入/入力してください。傷害を報告する場合、その傷害が工作中、スポーツ活動中または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。

4. 請求額
本項目には各サービスや提供者の項目別の一覧を記入/入力してください。提供者の名称、所在地、診断、サービスの種別、サービスの日付および発生した一切の費用を明示して領収書を添付してください。

5. 支払償還を請求する
本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
本項目は、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。

1. PATIENT INFORMATION			
Member ID	Please enter Member ID as shown on card		
Patient's Name (Given Name, Family Name)	Patient's date of birth (MM/DD/YYYY)	Patient's Gender	
		<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female	
Name of Insured Member (Given Name, Family Name)	Insured's date of birth (MM/DD/YYYY)	Patient's Relationship to Insured	
		<input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Child	
Name of Plan Program Sponsor	Insured's current mailing address		
Member Email	Member Phone Number		

2. OTHER HEALTH INSURANCE			
Is the patient covered under other health insurance?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	If YES, please complete this section	
Name and address of other insurance company	Name of the Policy Holder		
Policy Holder's Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Policy or identification number of other coverage	Effective Date (MM/DD/YYYY)	Termination Date (MM/DD/YYYY)

3. DIAGNOSIS – describe illness, injury or symptoms requiring treatment			
IF IN AN ACCIDENT			
Date of Accident (MM/DD/YYYY)	Place of Accident		
Date of Doctor/Hospital Visit (MM/DD/YYYY)	Was the injury a result of participation in an Intercollegiate Sport?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	Was this an Auto Accident? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
Description/Details of Injury (attach additional notes if necessary)			
IF SICKNESS/ILLNESS			
Onset Date of Symptoms (MM/DD/YYYY)	Date of Doctor/Hospital Visit (MM/DD/YYYY)		
Have you had this Sickness/Illness before?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	If YES, when was the last occurrence and/or doctor/hospital visit?	
Description/Details of Illness (attach additional notes if necessary)			

4. CHARGES – use a separate line to list each type of service or provider and attach itemized bills for all services				
Name, City & Country of provider making charge	Diagnosis	Description of service (Office Visit, X-ray, Prescription, etc.)	Dates of Service (MM/DD/YYYY)	Charges (Please indicate currency)

5. CLAIM PAYMENT REIMBURSEMENT		
Have these doctor/hospital bills been paid by you?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	If YES, payment will be made to Primary Insured via Check (payable in US\$ and mailed to the address indicated above)
If NO, do you authorize payment to the provider of service for medical services claimed?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	If payment is to be paid to an international provider, please ensure bank information is on the provider invoice. See Filing Instructions for non-international provider payments

6. SIGNATURE	
<i>I certify the above is complete and correct and that I am claiming benefits only for charges incurred by the patient named above. Authorization is hereby given to any provider of service, that participated in any way in the patient's care, to release to GeoBlue and its business associates in any country any medical or other personal information that they deem necessary to provide service or adjudicate this claim, recognizing that applicable law concerning personal information may differ among countries. Please see the back of this form for important information.</i>	
Signature of Insured member or patient	Date

GeoBlue Student Claim Rev. 04/16

- 7. 重要**
本用紙に記入/入力のうえ、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。請求明細書も同封してください。
- 8. 学生医療機関照会状を添付する**
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. 請求明細書を添付する**
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。添付する請求書全てに学生の氏名と生徒番号を明示すると良いでしょう。
- 10. 記入/入力済みの用紙の郵送先: GeoBlue, P.O.Box 21974, Eagan, MN 55121**