



## Health, Wellness and Vision Claim Form

Provider's Verification – Japan

ヘルス、ウェルネス、ビジョン用クレームフォーム  
プロバイダー認証—日本

This claim form is to be completed by the provider to verify a claim made by the patient to International Claims Services (ICS). Return this form along with **itemized bills, diagnosis, and receipts**. ICS must receive claims within 180 days after first day of treatment.

このクレームフォームは、患者がインターナショナルクレームサービス (ICS) に提出したクレームを認証するため、プロバイダーによって完成されるものです。このフォームをアイテム毎の請求書、診断、領収書と共に提出してください。クレームは治療を始めた日より 180 日以内に ICS 必着です。

**Please send completed claim form and supporting documents to International Claims Services:**

- **Submit:** eclaims@gbg.com / **Inquiries:** customerservice@gbg.com
- **Mail:** 27422 Portola Parkway, Suite 110, Foothill Ranch, CA 92610 USA
- **Fax:** +1.949.271.2330

完成したクレームフォーム及びクレームを支持する書類をインターナショナルクレームサービスに送付してください。

- 提出: eclaims@gbg.com / お問い合わせ: customerservice@gbg.com
- メール: 27422 Portola Parkway, Suite 110, Foothill Ranch, CA 92610 USA
- ファックス: +1.949.271.2330

<b>A. PATIENT INFORMATION 患者情報</b>		
Name (Last, First, MI) 氏名 (姓、名、もしあればミドルネームイニシャル):		
Date of Birth (DD/MM/YYYY) 生年月日 (日/月/西暦年):		
Address 住所:		
City 市:	Country 国:	Postal Code 郵便番号:
<b>B. CLAIM INFORMATION (Please attach additional pages with more information, if necessary.)</b> クレーム情報 (必要であれば、詳細情報を記載した追加ページを添付してください。)		
Date illness/injury occurred (DD/MM/YYYY) 病気・怪我が起こった日(日/月/西暦年):		
Is this claim for Maternity treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Delivery Date: _____.		
このクレームは妊婦のための治療ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ もしそうであれば、出産日 _____.		
Describe problem, symptom or complaint 問題、症状、不満を説明してください。:		



History of condition/illness: 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:

症状・病歴：以前に同じ症状もしくは関連した病状の診断・治療を受けた事がありますか？もしそうであれば、日にち、結果、治療内容、処方された薬、医者・医療施設名を提供してください。

Condition of Patient at time of admission 来院当日の患者の状態：

Physician's Diagnosis/Results of visit 医師の診断・来院結果：

Treatment and/or Procedures performed 行われた治療および、または対処:

Condition of Patient and any medicine/consultation referred at the time of discharge 退院時の患者の状態と患者に与えられた薬・コンサルテーション:

PHYSICIAN/FACILITY INFORMATION 医師・医療施設情報

Physician/Facility Name 医師・医療施設名:

Address 住所:

City 市:

Country 国:

Postal Code 郵便番号:

Phone 電話:

Email Eメール:



**SERVICE/PRESCRIPTION DRUG RECEIPTS** (Must include or attach detailed itemized charges and complete medicals with details of procedures)  
サービス・処方箋薬領収書 (アイテムごとの詳細の請求と、総合身体検査、治療詳細を含むか添付する必要があります。)

Date of Service (DD/MMM/YYYY) サービス日 (日/月/西暦年)	Description of each Service/Prescription Drug 各サービスの叙・処方箋薬	Cost 費用	Currency 通貨
Total amount paid by Patient 患者によって支払われた合計金額:			
Total unpaid balance still due to Provider プロバイダーへの未払い金額:			

**C. AUTHORIZATION 承認許可**

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. A photocopy of this authorization shall be considered effective and valid as the original.

故意に不当表示、偽り、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、法的に罰せられる犯罪として有罪となり得、民事上の罰の対象となり得ます。上記回答は私の知る限り、真実で正しいものです。私は医師、医療機関、薬局、保険会社、雇用者、労働組合、アソシエーションが、全てのベネフィットを適切に支払う為に要求される情報を、グローバルベネフィットに開放する事を承認許可します。この承認許可の複写コピーはオリジナルとして効力があり有効であるとみなされます。

**Physician or Representative of Physician/Facility 医師もしくは医師・医療施設代表**

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事により、私は電子的に署名しており、この電子署名は手書きの署名と法的に同等のものです。