



保険金請求用紙

Aetna Global Benefits®

この用紙のページ2も記入してください。

医療* 薬科* 歯科* 眼科*

*プランによって適用される保険については各自のプランについての関係書類を参照の上確認してください。

内訳明細書と領収書を添えて記入された保険金請求用紙を郵送もしくはファックスでお送りください。家族でも各自別々の保険金請求用紙が必要です。小さな領収書はA4サイズの用紙にテープで貼付してください。

Aetna Global Benefits/Aetna
PO Box 981543
El Paso, TX 79998-1543
USA

電話: +1-(800) 231-7729 (米国外: AT&T + アクセス番号)
+1-(813) 775-0190 (米国外直通またはコレクトコール)
ファックス: +1-(800) 475-8751 (米国外: AT&T + アクセス番号)
+1-(859) 425-3363 (米国内)
E-メール: AGBSERVICE@AETNA.COM

1. 被雇用者情報

雇用者氏名・グループ番号 _____

被雇用者氏名 _____

(Aetna ID カードに表示どおりのファーストネーム、ミドルネーム頭文字、ラストネーム)

識別番号 (本人の AETNA ID カードに指定された番号を使用のこと) _____

被雇用者生年月日 (年月日) _____ 性別 男 女

番地 _____

市 _____ 州・県 _____

国 _____ 郵便番号 _____

被雇用者の電話番号 (国番号を含む) _____

被雇用者の主要eメールアドレス _____

(eメールアドレスは請求手続きに補足情報が必要な場合に特に必要です。)

2. 患者情報

患者氏名 (ファーストネーム、ミドルネーム頭文字、ラストネーム) _____

続柄: 本人 配偶者 子供 その他 _____

患者の生年月日 (年月日) _____ 性別 男 女

扶養家族の患者が決められた年齢以上であり、かつ、保険を受けるための条件として在学証明が必要とされている場合は、学年毎に成績通知表、学費明細書などの提出により在学を証明しなければなりません。詳しくは保険の書類を参照ください。

3. 医療、歯科、眼科診療の概要 (受診ごとに診断または診療の理由を含める)

- 義歯 (歯冠、架工義歯、義歯) 以下の情報が必要です。
- X線撮影 (X線撮影がない場合は歯科医の説明報告を提出のこと)。
- 全歯科請求 (口腔診査、X線撮影、歯垢クリーニング、フッ素コーティング等の予防治療は除く) につき、完全に記入された歯科医の診療内容明細書 (GC-14423) を本請求用紙に添付のこと。すべての歯科治療に関し、該当する歯の番号を明記するとともに、抜歯年月日または最初の挿入年月日、および義歯または架工義歯を交換した理由を記載のこと。
- 請求が架工義歯または義歯の場合、他のすべての欠落した歯の図表およびそれらの抜歯日を記入。
- 歯周病治療 (歯肉疾患) X線写真および歯周根図表を提出のこと。
- 歯列矯正治療: 装置の取付日、治療に要した月数、残り治療月数が必要。
- 事故による負傷の診療: 患者は常に治療前の X線撮影および事故の詳細な説明を含めること。

診療日 (年月日)	医療機関 (医師、クリニック、病院、薬局) 名称および住所 (医療機関の名称と住所が領収書に記載されている場合は「領収書参照」と記入)	診療/薬剤名/装置の説明 (病院の場合は入院患者か外来患者かを表示)	診断 (来院の理由)	診療もしくは治療が行われた場所	請求の通貨	合計請求額

4. 請求情報

下記のいずれかの質問への答えが「はい」の場合、このセクションの c および d に必ず記入してください。

- a. この請求は仕事に関わる事故または状況に関連したものですか? はい いいえ
- b. この請求は偶発的な事故による負傷に関連したものですか? はい いいえ
- c. 事故発生日時 (年月日) _____ 発生時刻 _____ AM PM
- d. 事故の詳細(どのように、どこで)
- _____
- _____
- _____

記録のためコピーを保存してください。

被雇用者氏名 _____
(ファーストネーム、ミドルネーム頭文字、ラストネーム)

5. 保険金支給要旨 — Aetna Global Benefits (AGB) の保険金支給には様々な通貨および支給方法を指定できます。ご希望のオプションを下記に指定してください。AGB は、指定された通貨タイプに対し状況に準ずる可能な支給方法で保険金の支給を行う権利を留保します。

米国ドル小切手での支給を希望する場合は **第 8 項**に進んでください。他の支給方法の場合はそのまま続けて **第 5 項、第 6 項、第 7 項**に記入します。つぎの中から1つ選び印をつけてください (該当する場合) — なにも選択されていない場合、情報は本請求に限り使用します。

- 現在記録されている Recurring Reimbursement Election (RRE) 情報を使用する。
 第 5 項 および/または**第 6 項**に提示の情報を使用して RRE を設定する。
 第 5 項 および/または**第 6 項**に提示の情報で現行 RRE 情報を更新する。
 本給付金請求に限り、**第 5 項** および/または**第 6 項**に提示の情報を使用する。

保険金支給要旨 (方法/通貨タイプ) — 支給方法および通貨は、保険金請求用紙あたり 1 つのみ有効です。(別途指定されない限り、保険金の支給は支払いの送付先を支払先とし、米国ドル小切手で発行されます。)

下記に指定された情報を使用して該当する給付金を送付する支払先は: 被雇用者 医療機関

支払方法	支給先の国名/通貨のタイプ (例: 英国/ポンド)。指定の通貨タイプを請求された方法で支給できない場合、支払は米国ドル小切手にて行われます。
<input type="checkbox"/> 電子送金 (推奨方法) 最も効率的な給付金受領方法は電子送金です。AGB が電子送金を手配するために必要となる銀行情報については、取引銀行にご確認ください。	
<input type="checkbox"/> 小切手	(支給先の国名/通貨のタイプ を記入し、 第 8 項 に進みます。)

6. 銀行情報

主要銀行 — 支給方法として電信送金を指定した場合は、次の情報が必要です。AGB からご希望の取引銀行に無料で電信送金できますが、取引銀行がこれらの処理に対して手数料を課すかを確認されるようお奨めします。

銀行口座番号 _____

口座名義人 (銀行取引明細書に記載のとおり) _____

銀行識別 (ID) コード/ルーティング番号 (支店コード) _____

S.W.I.F.T./BICコード (電信送金のみ) CHIPS UID 連邦ABA 銀行整理ID IBAN その他 _____

銀行名 _____

銀行住所 (国名を含む) _____

銀行電話番号 (国番号を含む) _____

7. その他の健康保険・プラン

家族の中に別の健康保険・プラン、メディケア、または米国のなんらかの連邦、州、全国的、社会的政府プランが適用される人がいますか?
 はい いいえ 「はい」の場合は、以下に記入してください。

家族の名前および関係 _____
(ファーストネーム、ミドルネーム頭文字、ラストネーム)

家族の生年月日 (年月日) _____ 性別 男 女

他の保険会社名または保険の種類 _____

8. 委任 (必須)

あらゆる電子預金について: 私はここに、Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.、Aetna Life Insurance Company、およびその提携会社 (「Aetna」とする) および/またはその専用代理店が、かかる支払を私の銀行または本保険金請求用紙に記載の金融機関口座に振り込むことにより、私および/または私の扶養家族に給付金支払いの権限を委ねます。私は、本保険金請求用紙に記載の情報に変更があった場合やこの権限委任を撤回する場合には、書面にて Aetna に通知することに同意します。私は、何らかの理由で過大な給付金が私の口座に振り込まれた場合は、直ちにかかる支払の全額を返却することに合意します。さらに私は、かかる支払を直ちに返金しない場合には、回収にかかる全費用 (妥当な弁護士費用や法に合った最大利子を含む) に対して個人的に責任を負うことに同意します。

医療、薬科、歯科、眼科への権限委任。署名および日付記入のこと: 私はすべての医者、その他の保険専門家、薬局/薬剤師、病院およびヘルスケア機関に対し、患者に提供されたヘルスケア、アドバイス、診療または消耗品に関する情報 (精神病および/または AIDS・ARC・HIV に関するものを含む) を、Aetna および Aetna を代行する、もしくは Aetna が契約している無所属の任意当事者に提供する権限を委任します。この情報は保険金請求を査定し、処理することを目的として使用されます。Aetna は本保険金請求用紙に記載の雇用者名に対し、保険ポリシー・契約の実績と運用を審査できるよう、本請求の支払に使用された給付金の算定内容を提示することがあります。この権限委任は、請求が提出された保険ポリシーまたは契約の期間中有効です。私は、請求次第この委任状のコピーを受け取る権利があることを承知しており、委任状のコピーが原本と同様に有効であることに同意します。

警告: 保険会社や他の者をだますことを目的として保険会社に虚偽または誤解を招くような情報を提供することは犯罪です。その刑罰には禁固刑および/または罰金が含まれます。さらに、請求に関連して著しく虚偽の情報が提供された場合には、保険会社は保険金給付を拒否することができます。お客様はこの請求書に電子的形態の署名を使用するよう選択して、上記の詳細に対する照会と申告を確認することができます。疑問を回避するため付け加えますと、この電子署名は有効であり、あなたもオリジナルの署名を提供されたかのように拘束力があります。私たちは、上述の情報があらゆる点で正確であり誤解を生じないことを確認する、拘束力ある根拠および申告として、このような電子署名に頼ることができます。

患者または公式代理人の署名 _____ 日付 (年月日) _____

記録のためコピーを保存してください。