

# 医療機関からの請求書の見方

## お問い合わせ例

- 医療費の請求書が届いたけれど、請求書の見方が分からず内容が理解できない
- 保険情報が正しく登録されていない
- 受診した覚えのない請求
- 督促状と記載があるが支払い期日までに間に合わない
- 支払い方法は現金またはクレジットカードで支払いなのか

## 【医療費精算】

### 医療機関からの請求の支払いをする前に確認すべきこと

受理書類：医療機関へ受診をした後、通常、下記の書類が届きます。

医療機関からの保険会社へ請求したという連絡通知【This is NOT Bill】(医療機関による)

医療機関からの保険会社の支払い後の自己負担額の請求書

#### 医療機関側の流れ

STEP1: 患者の保険会社へ請求申請

STEP2: 患者へ保険会社へ請求申請したという通知送付【This is NOT Bill】

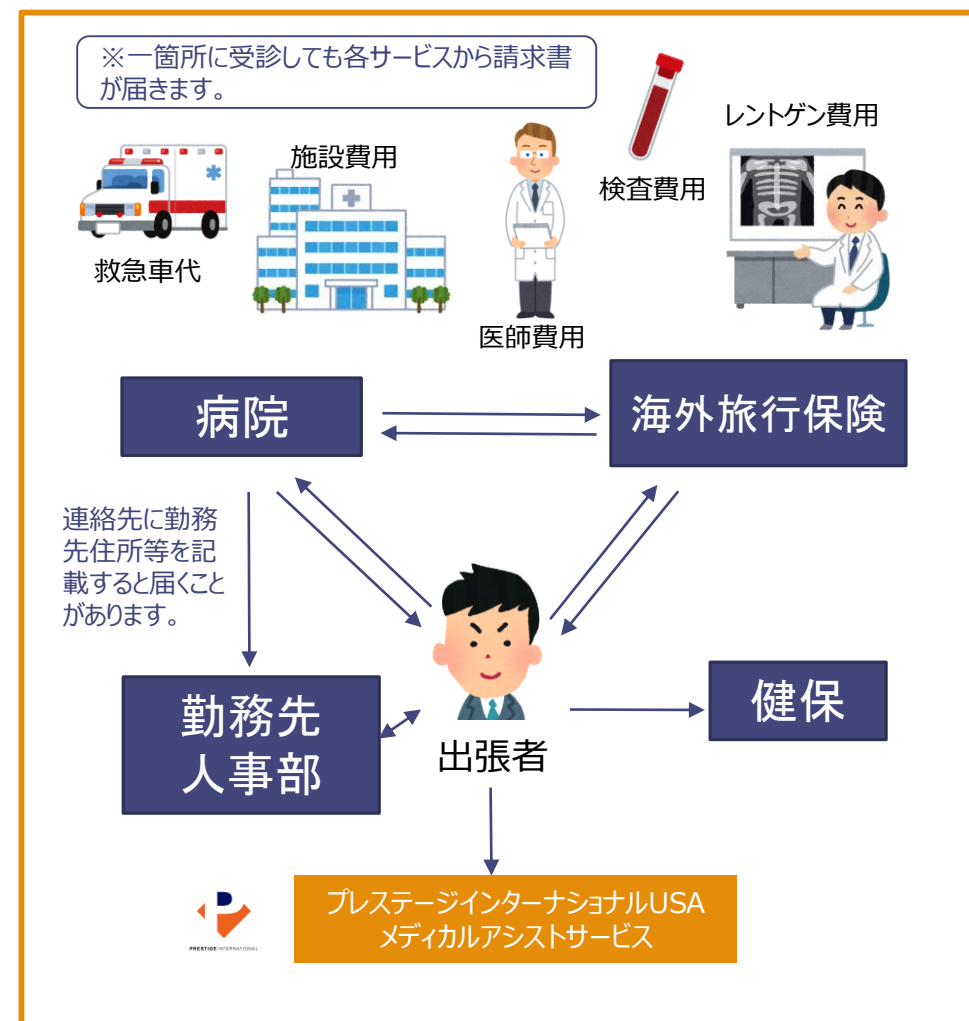
\*通知は医療機関により届く場合とそうでない場合あり

STEP3: 保険会社から支払いがあった場合：患者負担額の請求書を患者へ送付

STEP4: 保険会社から支払いがない場合：

CASE1: 患者へ「保険会社からの応答がない為、医療機関への確認依頼」通知を送付

CASE2: 医療費全額の請求書を患者へ送付



## 患者側の対応

CASE1: 保険会社からの明細と病院からの請求書を照合し、患者負担 (Patient Responsibility)の金額を確認する。

対応1: 患者負担額が一致していれば、医療機関へ支払いをする。

対応2: 一致していない場合は、保険会社または医療機関へ問合せをする。(確認後⇒対応1)

CASE2: 医療機関からの請求書上に保険会社からの支払い額、ネットワーク調整額などが計上された上で、患者負担額が表記されている場合は、

医療機関からの請求額を支払います。(ダブルチェックしたい場合はEOBの到着を待つ)

## 注意事項

1. 受診時に保険証を提示していたとしても、医療機関側で正しく保険情報が登録されていない場合があります。医療機関より通知や請求書を受理した際に、

正しい保険会社に請求されているかを確認しましょう。保険会社やプランなどを変更した場合は正しく更新されているか確認しましょう。

2. アメリカでは医師費用、施設費用、検査費用、レントゲン費用など1受診の場合でもそれぞれ異なった機関から請求書が届きます。同じ受診日の請求書が何枚も届く場合があるので、何の処置に関する費用なのかを念のため確認しましょう。

3. 保険会社からの明細 (EOB) は保険会社が医療機関から受理した請求書を処理した後に発行される為、受診月に必ずしも届くとは限りません。

医療機関が間違った住所や保険会社に請求申請をしているために処理されていない場合もある為、満額の請求書が届いた場合は、保険会社または医療機関へ連絡の上、請求書が正しく保険申請されているかを確認しましょう。

## 医療機関からの請求書 例1-1

We have filed to your insurance already. You can pay for the statement amount due in MyDocBill.

**MyDocBill**  
Powered by QIPRO

**ADVANCED IMAGING OF SOUTH BAY, INC**  
PO BOX 666  
INDIANAPOLIS, IN 46206-0666  
mydocbill.com/aisb  
1-888-965-1679  
1-888-959-4366  
aisbbilling@mydocbill.com

**Amount Due**  
\$115.00

**ACCOUNT OWNER** 1  
STATEMENT CREATED  
7/9/2021  
**DUE DATE**  
Upon Receipt

**Account Summary**

<b>INVOICE #</b> 1	<b>PAYMENTS IN THE LAST 30 DAYS</b> \$0.00	<b>PENDING INSURANCE</b> \$0.00
<b>ACCOUNT NUMBER</b>	<b>STATEMENT AMOUNT DUE</b> \$115.00	<b>TOTAL AMOUNT BALANCE</b> 2 \$115.00

**Guarantor Info**

<b>General Info</b>	<b>Primary Insurance Info</b> 3	<b>Secondary Insurance Info</b> None
	<b>INSURANCE PROVIDER</b>	
	<b>ADDRESS</b>	
	<b>GROUP/PLAN</b>	
	<b>ID NUMBER</b>	

1. アカウント名義=患者名、請求番号、アカウント番号、患者情報（名前・住所）
2. 未払い請求額
3. 保険情報（名前、住所、グループ、プラン、ID番号）
4. 担当医
5. DOS=Date of Service 受診日
6. We have filed to your insurance already. You can pay for the statement amount due in MyDocBill.  
保険会社に請求済みです。MyDocBillから明細バランスの支払い手続きをいただけます。

## 医療機関からの請求書 例1-2

Summary of Service Charges

PATIENT	RENDERING PROVIDER	SERVICE PROVIDED AT	REFERRING PROVIDER
		Little Company of Mary Hospital ER	

④

DOS	Proc Code	Units	Service Activity	Charges	Pay/ADJ	Pending Insur	Balance
4/5/2021	76705	1	ECHO EXAM OF ABDOMEN	\$115.00	\$0.00	\$0.00	\$115.00
5/6/2021			FILED PRIMARY TO				
7/6/2021			GUARANTOR RESPONSIBILITY DATE: (ChargeID: 3971618)				

⑤

Late Payment Breakdown

CURRENT	31-60 DAYS	61-90 DAYS	OVER 90 DAYS
\$115.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

⑥

We have filed to your insurance already. You can pay for the statement amount due in MyDocBill.

If your insurance has issued payment directly to you, please send us this payment immediately to stop the collection efforts. Please disregard this notice if you believe you have received it in error or if payment has already been made.

## ポイント

⑥保険会社に請求済み、お支払い手続きを、と記載があります。

③に正しい保険会社の情報が記載されているか確認してください。

Pay/ADJ（支払い/調整）またPending Insur（保険会社処理中）に金額の反映もなく全額が未払いとして請求されています。

支払う前に、ご自身で保険会社に連絡し実際に請求処理がされているのか確認のお問い合わせをされる事をお勧めいたします。

確認した結果、もし保険対象外であれば、記載請求額を医療機関にお支払いください。

保険会社と医療機関での処理中であれば、医療機関への連絡は特に必要ありません。

# 医療機関からの請求書 例2-1

書面ではなく、Eメールで請求書の案内が届く場合もあります。

検査機関Laboratoryからのオンライン上での請求例をご案内いたします。

## ①届いたEメール上のPay Your Billをクリック

You have a balance due with Quest Diagnostics ▶ Inbox ×

noreply@billing.mydocbill.com <noreply@billing.mydocbill... Wed, Jul 13, 1:12 PM (1 day ago)  
to me ▾



Hi 患者名

1 For your convenience, Quest Diagnostics is contacting you at the email address you provided so you can review your account and pay your bill online.

[Pay Your Bill](#)

Call us: 866-254-3859 (automated attendant available 24/7 to make payments)

## ②案内に沿ってログイン

Quest Diagnostics

### MyDocBill — Anywhere, Anytime & Any Way

Take control of your Patient Experience

2 **Access Your Account**

With MyDocBill, you can pay your medical bills, update insurance and recall billing history all in one place

**Patient Date of Birth**

Month Day Year  
MM DD YYYY

I'm not a robot

By clicking 'Sign In' below, I convey that I agree to the [Terms of Use](#)

[Sign In](#)

## ③支払う前に受診日や内訳の内容を確認

Quest Diagnostics HI

Current Bill 3 [View Current Statement](#)

Account Number: アカウント番号  
Your total balance due:  
**\$162.74**

[Pay in Full](#)

[Start a Payment Plan](#)

Date(s) of Service: 01/05/2022 – 05/03/2022 [Collapse Details](#)

05/03/2022	検査 1	\$109.66
05/03/2022	検査 2	\$70.87
05/03/2022	検査 3	\$130.87
	Covered by Insurance	\$0.00
	Adjustments	-\$180.79
	<b>Your responsibility</b>	<b>\$130.61</b>
01/05/2022	検査 1	\$154.85
01/05/2022	検査 2	\$33.67
01/05/2022	検査 3	\$22.50
01/05/2022	検査 4	\$88.07
01/05/2022	検査 5	\$130.49
	Covered by Insurance	-\$10.28
	Adjustments	-\$387.17
	<b>Your responsibility</b>	<b>\$32.13</b>

## 医療機関からの請求書 例2-2

保険会社からのExplanation of Benefits  
This is not a Bill

Service サービス内容	Date of Service 受診日	Billed Amount 請求額	Discount 提携割引	Allowed 許可額	Not Covered 対象外	Copay 一定額自己負担額	Deductible 免責額	Coinsurance (免責後の)自己負担分	Reason Code 理由コード	Patient Total 患者負担分
検査1	5/3/2022	\$130.87	\$69.84	\$61.03	\$0	\$0	61.03	\$0	ND	61.03
検査2	5/3/2022	\$109.66	\$52.90	\$56.76	\$0	\$0	56.76	\$0	ND	56.76
検査3	5/3/2022	\$70.87	\$58.05	\$12.82	\$0	\$0	12.82	\$0	ND	12.82
TOTAL	-	\$311.40	\$180.79	\$130.61	\$0	\$0	\$130.61	\$0	-	\$130.61

Remarks

Code: ND / Patient not responsible for network discount

### ポイント

請求書内訳と保険会社EOBを照合し、受診日や金額など一致していることを確認してからご精算ください。

請求内訳のAdjustmentsは提携医療機関の割引です。EOBの理由コード、Remarksにあるように患者負担にはなりません。誤って割引分が医療機関から請求されることがあります。その場合は、保険会社からのEOBを提出し訂正を依頼してください。

海外旅行保険を利用の場合、基本Copay・Deductible・Coinsuranceが発生することはありません。



## 医療機関からの請求書 例2-3

### 自己負担分の精算方法

各医療機関により会計方法は異なりますが、**クレジットカード・小切手・電子小切手・電話(クレジットカード)・現金**での精算となります。支払い期日が近い場合は早めに支払い、または連絡をすれば期日延期をしてもらえることが多いです。以下は、オンライン上からクレジットカードまたは米国の銀行口座情報を入力し電子小切手での精算ができる例です。

#### Pay Bill

Amount being paid today **\$162.74**

Total due today **\$162.74** [Edit Payment Amount](#)

Payment method  
**Credit Card**

I have read the agreement and agree to the [Terms of Use](#)

#### Credit Card

We accept the following credit cards: VISA, Discover, Mastercard, American Express

CARD NUMBER

NAME ON CARD

VALID THRU

SECURITY CODE

[Pay With Credit Card](#)

Payment method  
**Electronic Check**

I AUTHORIZE TO USE THE INFORMATION ABOVE TO INITIATE AN ELECTRONIC FUND TRANSFER FROM MY ACCOUNT OR TO PROCESS THE PAYMENT AS A CHECK TRANSACTION OR BANK DRAWN DRAFT FROM MY ACCOUNT FOR THE AMOUNT OF \$162.74. IF MY PAYMENT IS RETURNED DUE TO INSUFFICIENT FUNDS, I AUTHORIZE TO MAKE A ONE-TIME ELECTRONIC FUNDS TRANSFER OR TO USE A BANK DRAFT DRAWN FROM MY ACCOUNT TO COLLECT A FEE AS ALLOWED BY STATE LAW.

#### eCheck

Pay securely using your checking account. Paying with eCheck authorizes Zotec to charge your bank account for the total amount today. Make sure your funds are sufficient first.

FIRST NAME

LAST NAME

ROUTING NUMBER

ACCOUNT NUMBER

[Pay With eCheck](#)

# 医療機関からの請求書 例3-1

**1** Statement Date: 5/17/2022 明細発行日  
 Guarantor Name: 患者名  
 Guarantor Number: アカウント番号

**2** Hospital Services  
 Total Amount Outstanding: 123.46  
 Provider Services  
 Total Amount Outstanding: 0.00

**3** Current Amount Due: 123.46  
 Payment Due Date: 06/14/2022

**4** Customer Service  
 Billing Questions: 1-847-618-4780 Option 2  
 Monday - Thursday, 8:00am - 7:00pm  
 Friday, 8:00am - 4:00pm  
 Financial Assistance Questions: 1-847-618-4542  
 Monday - Friday, 8:00am - 4:30pm  
 Or Visit: www.nch.org/paybill

**5** IF PAYING BY CREDIT CARD, FILL OUT BELOW.  
 Card Number: \_\_\_\_\_ Security Code: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_  
 Full Name (Please Print): \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_ 支払い期日 ↓  
 Guarantor Number: \_\_\_\_\_ Statement Date: 5/17/2022 Due Date: 06/14/2022  
 Amount Now Due: \$123.45 Amount Enclosed: \$ \_\_\_\_\_  
 Please Make Checks Payable To: Northwest Community Healthcare

**6** Northwest Community Healthcare  
 28079 Network Place  
 Chicago, IL 60673-1280

患者名  
 患者住所 宛

1. 明細発行日、患者名、患者アカウント番号
2. Hospitalは病院施設。Provider Serviceは医師費用等を指す。  
この明細は施設費用の残高
3. 現在の未払い残高、支払い期日
4. Pay by phone、Pay Online 電話またはオンラインから支払いが可能。質問があればCustomer Serviceの会計Billingへ。  
Financial Assistanceは高額な場合に分割払いが可能かなどの相談窓口
5. クレジットカード情報を記載し郵送で支払いする場合は点線以下を⑥Pay To宛に送付
6. 支払い送付先。実際に受診した病院名称とは異なる場合がある。  
会計管理をしている会社名として表記されているため
7. 保険情報の変更がある場合は記入し郵送

## 医療機関からの請求書 例3-2

### 👉 ポイント

繰り越しでは詳細が分かりません。問合せの結果、受診日も請求金額も一致しておらず。

保険会社には受診日12/7、保険請求用の額で請求しており全額保険対象として処理されていたことが判明。結果、患者負担はゼロになった。

訂正が更新されるまで30日ほどかかることが多く、明細期日によっては訂正が反映される前に再び患者宛に請求書が届くこともあります。再度届いた場合は念のために連絡して処理中であることを確認しておくといでしょう。

nch Northwest Community Healthcare Part of NorthShore

Statement of hospital and provider services

Statement Date: 5/17/2022  
 Guarantor Name: [REDACTED]  
 Guarantor Number: [REDACTED]

Primary Insurance: Aetna Ppo Nap Ppo  
 Secondary Insurance:

### YOUR TRANSACTION SUMMARY

PATIENT NAME	SERVICE DATE	DESCRIPTION	PREVIOUS BALANCE	PAYMENTS/ ADJUSTMENTS	CHARGES	AMOUNT YOU OWE	
[REDACTED]	12/6/2021	PREVIOUS BAL	123.46				
		This is the third notice informing you that the Amount Now Due is your responsibility. Full payment or payment arrangements must be made as soon as possible.				AMOUNT YOU OWE	123.46
		受診日	繰り越し未払い残高	未払い額		未払い額	
						<b>BALANCE DUE</b>	<b>\$123.46</b>

**HAS YOUR INSURANCE OR ADDRESS INFORMATION CHANGED?**

If you prefer to speak with a Customer Service representative, please call us at 1-847-618-4780 and we can make the updates for you!

I authorize Northwest Community Healthcare to submit any/all medical data to my insurance company and authorize the assignments of any benefits or payments to Northwest Community Healthcare. I understand I am financially responsible for any charges not covered by this authorization.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

7

PATIENT NAME		NEW PHONE #	
NEW ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
POLICY HOLDER	POLICY ID #	GROUP #	
IF GROUP INSURANCE, NAME OF GROUP (EMPLOYER, UNION ASSOCIATION)		INSURANCE PHONE #	
INSURANCE COMPANY NAME	EFFECTIVE DATE	INSURANCE ADDRESS	
EMPLOYER	EMPLOYER ADDRESS		

2 of 2