

Explanation of Benefits (EOB) の見方

EOBの見方

- 1 **PRINT DATE**
EOBが印刷された日付が表示されます。
- 2 **PATIENT NAME**
ご家族のメンバーごとに、利用した医療サービスとその内容が表示されます。
- 3 **PROVIDER**
医療サービスを提供した医師・クリニック・病院などの医療機関名が表示されます。
- 4 **CODE AND DESCRIPTION**
利用した医療サービスのコード番号と内容が表示されます。
- 5 **SERVICE DATE**
医療サービスを利用した日付が表示されます。
- 6 **BILLED AMOUNT**
利用した医療サービスに対する医療機関からの請求額です。
- 7 **DISCOUNT**
医師、病院およびその他の医療機関と、それらが加盟するネットワークとの間で事前に割引額が取り決められている場合、その割引額が表示されます。
- 8 **ALLOWED**
保険給付計算の対象となる金額です。請求総額から割引額や保険給付対象外の医療費が控除された後の金額です。
- 9 **COB CREDIT**
他の保険（医療保険、自動車保険、メディケアなどの公的保険など）で給付された金額が表示されます。
- 10 **OTHER ADJUSTMENTS**
お客様の自己負担ではない割引額または保険給付対象外の金額が表示されます。
- 11 **INELIGIBLE CHARGES**
既に給付請求処理されている金額やご加入の保険プランではカバーされない金額が表示されます。金額が表示されている場合は下段の**Remark Codes**の欄に詳細が記載されます。
- 12 **COPAY**
ご加入のプランにCopayがある場合、診察や治療毎にお支払いいただく金額です。
- 13 **DEDUCTIBLE**
保険会社から保険給付が開始される前に、お客様が自己負担しなければならない金額です。
- 14 **AMOUNT SUBJECT TO COINS**
Coinsuranceの計算の対象となる金額です。医療機関の請求額から割引額、保険給付対象外額、COBクレジットなどが控除された後の金額です。
- 15 **PATIENT COINS %**
保険給付対象となる医療費に対するお客様の自己負担割合(Coinsurance) (%)です。
- 16 **COINS AMOUNT**
保険給付対象となる医療費のうちお客様の自己負担となる金額です。
- 17 **AMOUNT PAID**
米国日本生命が医療機関またはお客様にお支払いする金額の合計額です。
- 18 **REMARK CODE/DESCRIPTION**
医療機関からの請求額の一部がご加入のプランによって支払われない場合、その理由が記載されます。
- 19 **ISSUE DATE**
保険給付請求が処理された日付が表示されます。
- 20 **PATIENT RESPONSIBILITY**
医療機関からの請求額のうち、お客様の自己負担となる金額です。
- 21 **PAYMENT INFORMATION**
給付金が医療機関へ支払われたか、またはお客様にお支払いするための小切手が添付されているかの情報が記載されます。
- 22 **ACCUMULATORS**
本人・家族それぞれのDeductibleとOut-of-pocket（自己負担額）の残高が表示されます。
- 23 **EOB DATE**
次の月次EOBの発行日が記載されます。



PO BOX 25951
Shawnee Mission, KS 66225-5951

John Doe
123 Main Ave
Anytown, TX 77090

Questions? Contact us:
Toll Free: (800) 374-1835 - English & Spanish
(800)-971-0638 - Japanese
(877)-827-8713 - Korean
Fax: (913)-387-5915
Website: www.nipponlifebenefits.com
Group Number A99900
Group ABC COMPANY
Print Date January 1, 2020

Consolidated Explanation of Benefits

This is not a Bill

| Patient's Name Provider Code & Description | Service Date(s) | Billed Amount | Discount | Allowed | COB Credit | Other Adjust- ments | Patient Responsibility | | | Amount Subject to Coins | Patient Coins % | Pat Resp Coins Amount | Amount Paid | Remark Code |
|--|--------------------|------------------|----------|---------|---------------|---------------------------|------------------------|-------|------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | Ineligible charges | Copay | Deductible | | | | | |

3 JANE DOE
Claim #: 0630-24-5
Provider: BRYAN JONES, MD
Patient Relation: child
Pat. Acc. #: X1295
19 Issued 1/1/2020

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------|--------|-------|-------|------|------|------|------|-------|------|-------|----|------|-------|-----|
| 06214 - OFFICE VISIT | 06/2019 | 100.00 | 13.28 | 86.72 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 20.00 | 0.00 | 66.72 | 0% | 0.00 | 66.72 | XYZ |
|----------------------|---------|--------|-------|-------|------|------|------|------|-------|------|-------|----|------|-------|-----|

Totals: 100.00 13.28 86.72 0.00 0.00 0.00 0.00 20.00 0.00 66.72 0.00 66.72
Payment has been made to the health care provider. Patient Responsibility: 29.80

JANE DOE
Claim #: 0530-23-5
Provider: DENNIS SMITH, DDS
Patient Relation: child
Pat. Acc. #: D08555
Issued 1/1/2020

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------|--------|------|--------|------|------|------|------|------|--------|-----|-------|--------|-----|
| D0330 - DENTAL | 01/16/2019 | 129.00 | 0.00 | 129.00 | 0.00 | 0.00 | 4.00 | 0.00 | 0.00 | 129.00 | 0% | 0.00 | 129.00 | 001 |
| D0140 - DENTAL | 01/16/2019 | 79.00 | 0.00 | 79.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 79.00 | 20% | 15.80 | 63.20 | |

Totals: 208.00 0.00 204.00 0.00 0.00 0.00 4.00 0.00 0.00 204.00 15.80 188.20
Payment has been made to the health care provider. Patient Responsibility: 19.80

18 Remark Code Descriptions:

001 BENEFITS FOR THIS SERVICE MAY NOT EXCEED THE PREVAILING CHARGE (THE AMOUNT THAT MOST HEALTHCARE PROVIDERS CHARGE WITHIN A GEOGRAPHICAL COST AREA) AMOUNTS OVER THE PREVAILING CHARGE ARE NOT COVERED.

XYZ PATIENT NOT RESPONSIBLE FOR PPO DISCOUNT

| | | 2020 |
|----------|---|-------------|
| JANE DOE | PPO DEDUCTIBLE Remaining (of \$300.00) | \$154.55 |
| | PPO OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$3,000.00) | \$2,854.55 |
| | OTHER DEDUCTIBLE Remaining (of \$600.00) | \$454.55 |
| | OTHER OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$8,000.00) | \$5,854.55 |
| Family | PPO DEDUCTIBLE Remaining (of \$600.00) | \$354.55 |
| | PPO OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$6,000.00) | \$5,515.19 |
| | OTHER DEDUCTIBLE Remaining (of \$1,200.00) | \$954.55 |
| | OTHER OUT-OF-POCKET/CO-INS Remaining (of \$12,000.00) | \$11,515.19 |

| | | 2020 |
|----------|---|---------|
| JANE DOE | DENTAL DEDUCTIBLE Remaining (of \$50.00) | \$0.00 |
| Family | DENTAL DEDUCTIBLE Remaining (of \$150.00) | \$77.00 |

Please see your Certificate-Booklet for a more detailed explanation of your plan benefits, exclusions, and maximums. The dollars displayed immediately above are as of the Print Date and are subject to change. Your next Consolidated Explanation of Benefits, if any claims are processed, will be issued no later than the week of: 11/03/2013