



**MAPLE RIDGE
PITT MEADOWS**
INTERNATIONAL PROGRAM

請求書の提出方法

ステップ1 - フォームをダウンロードする

- 以下のサイトにアクセスしてください：<https://www.studyinsured.com/mapleridgesd/en>
- 「医療費請求書」をダウンロードしてください

ステップ2 - 1ページ目（請求書）を完成させる - すべての項目を丁寧に記入してください

A: あなたの情報

氏名とカナダの現住所を記載してください。

B: 支払受取人 - 払い戻しを受けるべき人

- 保険対象者 - あなた（学生）が個人的に支払った場合
- 病院／診療所 - 例：フレーザー・ヘルス／有料のウォークインクリニック
- 医師 - 料金の支払いが必要な医師
- その他 - 支払いを済ませており、払い戻しを受けるべき他の人

C: その他の保険

他に医療保険に加入している場合は、その旨をお知らせください。

D: 経費

支払済みの費用、または今後支払う必要がある費用（診察料、薬代など）をリストアップしてください。

→ **明確に、かつ詳細をすべて含めてください。**

重要： ページ下部に氏名を記入し、署名と日付を記入してください。

ステップ3 - 2ページ目（支払いフォーム）を記入してください

A: 支払い受取人

支払いを受け取る人の詳細を入力してください

B: 払い戻しの方法を選択してください

→ すでに料金をお支払い済みの場合：

「手数料無料の国際送金 - 海外口座」を選択してください。

- 銀行口座情報を入力してください

→ 請求書がまだ支払われていない場合：

「小切手（カナダの住所のみ）」を選択してください。

- 請求書の情報を使用して、病院または医師に直接支払いを行ってください。

重要： ページ下部に氏名を記入し、署名と日付を記入してください。

ステップ4 - 書類を提出する

すべての書類をstudentclaims@studyinsured.comまでメールで送信してください。

添付書類： 記入済みの請求書（1ページ目と2ページ目）、すべての領収書、すべての請求書

サポートが必要な場合は、1-866-883-9787までお電話ください。



studyinsured™

日本語／英語



**MAPLE RIDGE
PITT MEADOWS**
INTERNATIONAL PROGRAM

HOW TO SUBMIT A CLAIMS FORM

STEP 1 - DOWNLOAD THE FORM

- Go to: <https://www.studyinsured.com/mapleridgesd/en>
- Download “**Claim Form- Medical**”

STEP 2 - COMPLETE PAGE 1 (CLAIM FORM) - FILL IN ALL SECTIONS CAREFULLY

A: Your information

Include your name and your current address in **Canada**

B: Payment Recipient - Who should receive the reimbursement

- **Insured** - You (student) if you personally paid
- **Hospital/Clinic** - Example: Fraser Health/the walk-in clinic that requires payment
- **Physician** - The doctor that requires payment
- **Other** - Someone else who paid and should receive the reimbursement

C: Other Insurance Coverage

Indicate if you have any other medical insurance

D: Expenses

List what has been paid or needs to be paid (doctor visit, medication, etc.).

→ **Be clear and include full details.**

Important: Print, sign your name, and write the date at the bottom of the page

STEP 3 - COMPLETE PAGE 2 (PAYMENT FORM)

A: Payment Recipient

Fill in the details of who will receive the payment

B: Choose how you want to be reimbursed

→ If **YOU** already paid the bill:

Select “**No-Fee International Wire Transfer - International Accounts**”

- Complete your bank details

→ If the bill is **NOT** paid yet:

Select “**Cheque (Canadian addresses only)**”

- Use the information from your invoice to pay hospital/physician directly

Important: Print, sign your name, and write the date at the bottom of the page

STEP 4 - SUBMIT YOUR DOCUMENTS

Email all documents to: studentclaims@studyinsured.com

Include: Completed claim form (pages 1 and 2), all receipts and all invoices

FOR ASSISTANCE CALL 1-866-883-9787



studyinsured™
Japanese/English