

アニコム損害保険株式会社 御中

保険金請求書の内容に相違ないことを確認の上、【個人情報の利用目的】および【医療照会】に同意し、以下の診療について関係書類とともに保険金を請求します。保険金は以下の指定口座に振込んでください。口座への振込みをもって保険金を受領したものと認めます。

【個人情報の利用目的】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する保険について少額短期保険業者を含む保険会社間やアニコムグループ内での確認を含む)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

【医療照会】


当社(当社が指定する者を含む)は事実確認を行うために、関係者(医療機関関係者を含む)等に対し、保険金請求のあった診療に関する情報の提供(治療、検査、関連するほかの診療等に関する説明を含む)を求めることがあります。

契約内容	証券番号		どうぶつ名	ちゃん		
	フリガナ		フリガナ			
	契約者名		被保険者名	印		
	平日昼間連絡先	-	保険証券等記載の被保険者との続柄	本人/配偶者	同居の親族	別居の未婚の子
他の保険契約	保険会社	商品名	保険期間	証券番号		
今回の診療に対してご請求可能な弊社以外の契約がある場合にご記入ください。			年 月 日～ 年 月 日まで			

保険金受取口座	保険金受取口座の指定	① 保険料の振替口座 ② ①以外の指定口座		⚠ 該当する口座がない場合は、これまでに弊社もしくはanicom(動物健康促進クラブ)に登録した口座へお支払いいたします。		
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行・農協 信用金庫・漁協 信用組合・労金	支店 本店 出張所 営業所	預金種類	口座番号	
	ゆうちょ銀行	通帳記号 注)支店番号ではありません。	1 0	通帳番号	1	
	口座名義人	フリガナ				

請求内容	⑤ 診療日	⑥ 診断名もしくは症状名	⑦ 受傷日 / 発症日	1日に2回以上診療を受けたことによる請求	
	※通院の場合は左側に通院日を、入院の場合は入院期間をご記入ください。				
	月 日 ~ 月 日		年 月 日 頃	該当する 該当しない	
	月 日 ~ 月 日		年 月 日 頃	該当する 該当しない	
	月 日 ~ 月 日		年 月 日 頃	該当する 該当しない	
	月 日 ~ 月 日		年 月 日 頃	該当する 該当しない	
	月 日 ~ 月 日		年 月 日 頃	該当する 該当しない	
	月 日 ~ 月 日		年 月 日 頃	該当する 該当しない	
	月 日 ~ 月 日		年 月 日 頃	該当する 該当しない	

- 記載があるかご確認ください。
- ①被保険者名
 - ②どうぶつ名
 - ③動物病院情報
 - ④内訳



①安心番号 ②支店名 ③anicom動物病院 ④皮膚科 ⑤2010/4/7 ⑥皮膚炎 ⑦発症日 2010/4/3

診療項目(内容)	単価	数量	金額
内診料	¥500	1	¥500
皮膚検査	¥1,000	1	¥1,000
内服薬	¥1,200	1	¥1,200
小計			¥2,700
消費税			¥135
請求額合計			¥2,835

- 上記に記載してください。
- ⑤診療日
 - ⑥診断名もしくは症状名
 - ⑦受傷日 / 発症日

どちらかに○印をつけてください。

請求時の注意点
必ず内訳のある診療明細書をお送りください。
お送りいただく診療明細書の必要枚数は次のとおりです。
(1)通院 → 1日の通院ごとに1枚
(2)入院 → 1回の入院ごとに1枚
(退院後にまとめてご請求ください。)
(3)手術 → 1日の通院または1回の入院と合わせて1枚
※診療後30日以内であれば、複数の診療分をまとめてご請求いただくことが可能です。

保険金請求書類の送付先 ● [料金後納用紙]をコピーして定形封筒に貼付してください。 〒161-8546 東京都新宿区下落合1-5-22 アリミノビル2F アニコム損害保険株式会社 給付調査部 宛 ● ご自身で送料を負担される場合は、こちらまで

あんしんサービスセンター → **0800-888-8256** 携帯電話・PHSからはこちらへ **03-6810-2314**
受付時間: 平日 9:30~17:30 土日・祝日 9:30~15:30 ※ご契約内容の確認のため、通話内容を録音させていただく場合があります。