

# ペット保険 保険金請求書(兼医療照会同意書)



●コピーしてご使用ください。●ご記入方法は「ご契約のしおり(兼 保険金請求方法のご案内)」P23をご覧ください。

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。			
	証券番号		どうぶつ名	ちゃん
	フリガナ		フリガナ	印
	契約者名		被保険者名	
	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 他のペット保険契約等を締結している場合にのみご記入ください。	保険会社	商品名	保険期間	証券番号
			年 月 日～ 年 月 日まで	

**保険金受取口座のご指定**

①～③いずれかを  
ご指定ください。

① ご契約時(ご継続時)に登録した「保険金受取口座」を指定する。  
② 保険料振替で登録している「保険料振替口座」を指定する。  
③ その他 ①②以外の口座に振込みをご希望の場合は以下へご記入ください。

**ご注意**  
ご記入がない場合は、弊社で確認できる口座にお支払いします。

口座名義人 (預金者の お名前)	フリガナ			
ゆうちょ銀行 以外 の 金融機関	銀行	支店	預金種類	口座番号
	信用金庫・信用組合	出張所	①普通預金 ②当座預金 (総合口座)	
	農協・漁協・労金	本店	金融機関コード	店コード
ゆうちょ銀行	種目 コード 166	契約種別 コード 34	通帳記号 注)支店番号では ありません。 1	通帳番号 0

**1 動物病院でお受け取りの診療明細書(または領収書)をご覧の上、以下にご記入ください。**  
診療明細書(または領収書)に記載のない項目については、動物病院にご確認の上、被保険者自身でご記入ください。

診療日 ※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。	診断名もしくは症状名	受傷日 / 発症日 受傷日…ケガをした日 発症日…病気の症状が現れた日	同じ日に2回以上の 診療を受けましたか?
(記入例) 20 11年 10月 7日～ 年 月 日	咳、嘔吐、下痢	20 11年 10月 3日頃	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
20 年 月 日～ 年 月 日		20 年 月 日頃	はい <input type="radio"/> いいえ
20 年 月 日～ 年 月 日		20 年 月 日頃	はい <input type="radio"/> いいえ
20 年 月 日～ 年 月 日		20 年 月 日頃	はい <input type="radio"/> いいえ
20 年 月 日～ 年 月 日		20 年 月 日頃	はい <input type="radio"/> いいえ
20 年 月 日～ 年 月 日		20 年 月 日頃	はい <input type="radio"/> いいえ
20 年 月 日～ 年 月 日		20 年 月 日頃	はい <input type="radio"/> いいえ

**2 動物病院でお受け取りの診療明細書(または領収書)に、以下5点の記載があるか確認してください。**  
記載のない項目については、動物病院にご確認の上、被保険者自身で診療明細書の余白にご記入ください。

① 被保険者 ② どうぶつ名 ③ 動物病院情報 ④ 内訳 ⑤ 診療日

※詳しい手続方法につきましては、以下をご参照ください。  
●「ご契約のしおり(兼保険金請求方法のご案内)」P21  
●アニコム損保ホームページ「ご契約者様へ/保険金のご請求」

(診療明細書例)

診療項目(内容)	単価	数量	金額
内訳	¥500	1	¥500
レントゲン検査	¥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

発症日 2011/10/3 頃

**3 90%プラン・70%プランにご契約の方のみご記入ください。**

「どうぶつ健保」対応病院の窓口で、保険の対象となる診療費の50%相当額を精算済の場合は「済」に○をつけ、日付もあわせてご記入ください。※複数日ある場合は、すべてご記入ください。  
(例) 病院の窓口で「どうぶつ健康保険証」を提示し、保険の対象となる診療費の50%相当額を差し引いた額を支払った場合⇒「済」に○印をつける。

済	20 年 月 日	20 年 月 日
未済	20 年 月 日	20 年 月 日

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。 ●ご自身で送料を負担される場合は、こちらまで

〒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

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  
※ご利用のIP電話のご契約状況により、左記「0800」の番号にはつながらない場合があります。  
※サービス向上のため、通話内容を録音させていただく場合があります。