

直接 アニコム損保へ保険金を請求する場合のお手続き

動物病院での診療後、被保険者ご自身で請求書類を作成し弊社へお送りください。

必要書類到着後、原則30日以内にお支払いします。
動物病院への照会等が必要な場合、最大90日以内にお支払いします。

保険金の請求
診療日から
30日以内

お手続きをスムーズに行うため、
診療日から30日以内(入院の場合は退院日より
30日以内)に保険金請求書類をお送りください。

■ 保険金をお支払いできない場合

保険金をお支払いできない場合がございます。
詳しい診療項目につきましては、以下をご覧ください。

ご契約のしおり(兼
保険金請求方法の
ご案内)P17~P18



アニコム損保ホームページ
保険金請求の流れ
補償対象・対象外について

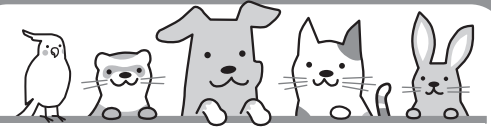


■ 保険金を請求できる方

保険の補償を受けられる方を被保険者と言い、次の方が被保険者となります。

- ① 本人または配偶者(夫・妻)
- ② 同居のパートナー(注)
- ③ 本人または配偶者と生計を共にする同居の親族
- ④ 本人または配偶者と生計を共にする別居の未婚の子

(注) 婚姻の届出を提出していないが事実上婚姻関係と同様の事情にある方および、戸籍上の性別が同一であるが婚姻関係と異なる程度の実質を備える状態にある方が被保険者として保険金請求を行う場合、関係性を確認させていただくための書類のご提出をお願いすることがあります。



LINEからの
ご請求が便利です。



撮影した診療明細書を送ることで簡単に請求ができます。
詳しくは二次元コードから請求方法をご確認ください。



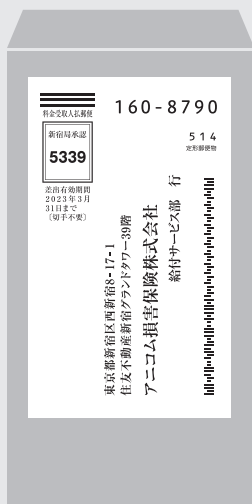
※以下の場合、LINEからのご請求はできません。
郵送にてご請求ください。

- 「手術」を含む請求
- 「すまいるべいびい」にご契約の場合
- 他社のペット保険契約がある場合

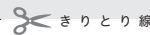
※保険金受取口座の登録はお済みですか？
マイページから簡単に登録ができます。

保険金請求書類送付用ラベル

診療明細書、領収書は保険金請求書にのり付けせずに封筒へお入れください。
必要に応じて別途書類のご提出をお願いする場合があります。



- ① 定形サイズの封筒を用意してください。
- ② 送付用ラベルをコピーの上、封筒の表面に全面のり付してください。
- ③ 切手不要でお送りいただけます。



差出有効期間
2023年3月
31日まで
〔切手不要〕



東京都新宿区西新宿8-17-1
住友不動産新宿グランドタワー39階
アニコム損害保険株式会社

給付サービス部 行



514
定形郵便物

160-8790

料金受取人払郵便

1 診療後、診療明細書(または領収書)の記載に不足がないか確認してください。

※請求の際は、原本が必要で。診療明細書(または領収書)は、保険金のお支払い後に請求内容をご確認いただけるよう、ご自身でコピーの上、お手元に保管頂きますようお願いいたします。

診療明細書 (原本)

診療項目(内容)	単価	数量	金額
再診料	¥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			¥270
請求額合計			¥2,970

領収書 (原本)

領収書 No.0123
 20xx年10月7日
 金額 ¥2,970
 再診料 500円
 レントゲン検査 1,000円
 内服薬 1,200円
 小計 2,700円
 消費税等 270円
 総計 2,970円
 発症日 20xx/10/3頃

※1日ごとの診療費の記載が必要です。

必ず右記が記載されているか確認してください。保険金請求手続きに必要な項目となりますので、不足している項目がある場合は余白または裏面に、動物病院でご記入いただくか被保険者ご自身でご記入ください。

- ① 被保険者名(飼い主名等の表記でも可)
- ② どうぶつ名
- ③ 動物病院情報(病院名・電話番号)
※系列病院が複数記載されている場合は、該当病院に〇印をつけてください。
- ④ 内訳
- ⑤ 診療日
- ⑥ 診断名もしくは症状名
- ⑦ 受傷日/発症日
- ⑧ カルテ番号(診察券等でわかる場合)

お願い

速やかにお支払手続きが進むよう、動物病院発行の明細書、領収書にはお薬の名前、シャンプーなどの製品名と金額を動物病院で記入いただくか、被保険者ご自身でご記入ください。

なお、「薬の効能説明書」等がある場合はコピーの上、お薬の金額を記入してください。

※診療費が未払いの明細書、領収書ではご請求いただけません。
 ※保険金請求書類に確認事項がある場合、弊社からお問い合わせをさせていただきます。

2 保険金請求をする診療内容等を確認してください。

以下に当てはまる場合は、保険金のお支払いはできません。



商品購入のみ

〈例〉フード(処方食・療法食を含む)
 シャンプー、ノミ・ダニ予防薬、
 フィラリア予防薬、サプリメント など



治療目的ではない診療

〈例〉健康診断、ワクチン接種
 フィラリア予防のための血液検査
 文書料、ペットホテルや預かり料 など



保険金のお支払いができない診療費

〈例〉臍ヘルニア、そけいヘルニア
 妊娠・出産に関わる費用(帝王切開など)
 ケア目的の歯磨き・爪切り など



「どうぶつ健保」対応病院で窓口精算済み

※窓口精算時に補償されていない項目があった場合はご請求いただけます。

3 保険金請求書(兼医療照会同意・委任書)を記入してください。

1 の内容を
確認の上、必ず捺印
(サイン)をしてください。



2 保険契約内容について

お手元の「どうぶつ健康保険証」を参照し、
保険契約内容欄をご記入ください。

※ペットショップ等動物取扱業者からのお迎え日当日に
ご契約いただいた方で、お手元に「どうぶつ健康保険証」
が届いていない場合は、ご契約時の「契約申込書
兼 意向確認書(控)」に記載の証券番号または、「被保
険者証」に記載の加入者証番号をご記入ください。



コピーしてご利用ください。 [限度日数あり]プランにご加入の方へ必ずご自身で「どうぶつ健康保険証」裏面の日数管理欄に
診療を受けられた日付をご記入ください。

ペット保険 保険金請求書(兼医療照会同意・委任書)

アニコム損害保険株式会社(以下「当社は、保険金請求書の内容に相違ないことを前提とし、(個人情報の利用目的)および【医療照会】に同意し、貴社が代理者として
費用を負担し、保険金請求書に捺印(またはサイン)の上、以下の診療
【個人情報の利用目的】お客様 種につきましても、保険引受の判断、保険事
業者を含む保険会社やアニコム プランでの確認を含む)、保険金のお支払い
【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(医師
またはその診療等に際する説明を含む)を呼ぶことがあります。

請求日(記入日) 20 年 月 日

1 保険金請求者 上記 を確認の上、捺印(サイン)をしてください。

フリガナ 被保険者名 保険証券記載の被保険者との続柄 (本人/配偶者(夫・妻) 同居の(パートナー) 同居(狭) 別居の未婚の子) 日中連絡のとれる電話番号

2 保険契約内容 「どうぶつ健康保険証」をご参照してご記入ください。

証券番号 フリガナ 契約者名 (加入者名) どうぶつ名 ちゃん

3 他社のペット保険契約 ※弊社以外にペット保険契約等をお持ちの場合のみご記入ください。

保険会社名 商品名 保険期間 証券番号

4 保険金受取口座のご指定

口座名義人(カタカナ) 口座種類 普通・組合 当座 特種 口座番号

ゆうちょ銀行以外の金融機関 金融機関コード 支店コード

ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号 1

5 請求内容の確認

ケガもしくは病気の診療と一緒に、ワクチン接種等予防行為を行った場合は、「ケガ・病気」と「予防・美容・健康診断等」の両方に○印をつけ、診断名・症状名もご記入ください。なお、ケガもしくは病気の症状がなく、予防目的のみの診療費をご請求いただいても、保険金をお支払いできませんのであらかじめご了承ください。

診療日	診療内容	診断名もしくは症状名(不明な場合は、通院/入院理由)	受傷日(ケガをした日) 発症日(病気の症状が現れた日)
(記入例) 20XX年10月7日	ケガ・美容 健康診断等	(例) 嘔、歯肉炎、元気がない、下痢、のけがみ	20XX年10月3日
20 年 月 日	ケガ・美容 健康診断等		20 年 月 日
20 年 月 日	ケガ・美容 健康診断等		20 年 月 日
20 年 月 日	ケガ・美容 健康診断等		20 年 月 日
20 年 月 日	ケガ・美容 健康診断等		20 年 月 日
20 年 月 日	ケガ・美容 健康診断等		20 年 月 日
20 年 月 日	ケガ・美容 健康診断等		20 年 月 日
20 年 月 日	ケガ・美容 健康診断等		20 年 月 日

手術 手術日の記載をもって「手術」の請求として受け付けます。手術の記載に該当した場合、「手術」印を使用して手続きを行います。「どうぶつ健康保険証」未対応病院で手術の請求には、「手術内容証明書」が必要ですが、(同等の内容であれば、動物病院発行の診断書等をご利用いただけます。)

保険金請求書 送付先 ●P10「送付用ラベル」をコピーして整形状態で貼付してください。 〒160-8352 東京都新宿区西新宿5-17-1 住友不動産東横ビルディング39階 アニコム損害保険株式会社 受付サービス部 行

●ご自身で送料を負担される場合は、こちらまで → MK007-2103-23

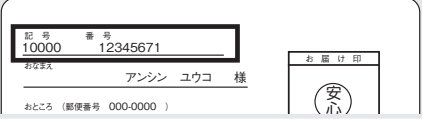
4 保険金受取口座のご指定

保険金受取口座のご登録がない方は、口座情報をご記入ください。

保険金受取口座のご記入が必要な方 ① 初めて弊社に直接保険金を請求される方
② 保険金受取口座の変更をご希望される方

どうぶつごとの登録となりますので、複数の口座は登録できません。
口座を登録しているか不明の方は、ご記入ください。

⚠️ ご注意 ゆうちょ銀行の場合、必ず通帳の表紙を開けた左上に
記載されている記号*、番号をご記入ください。
*1から始まり0で終わる5ケタの数字です。



5 診断名もしくは症状名について

診断名・症状名を詳しくご記入ください。



ケガもしくは病気の診療と一緒に、ワクチン接種等予防行為
を行った場合は、「ケガ・病気」と「予防・美容・健康診断等」の
両方に○印をつけてください。

なお、ケガもしくは病気の症状がなく、予防目的のみの診療費
をご請求いただいても保険金をお支払いできませんのであらかじ
めご了承ください。

5 手術としてご請求いただく場合

- 弊社の手術の定義に該当した場合、「手術」枠を使用してお手続
を行います。手術の定義についてはP6の「手術内容証明書」を
ご覧ください。
- 「どうぶつ健保」未対応病院で行った手術のご請求には、P6の
「手術内容証明書」が必要です。

⚠️ ご注意 CT、MRI は手術扱いではなく通院もしくは入院の支払限度額内での補
償となります。

5 受傷日・発症日について

- 受傷日 ケガをした日をご記入ください。
- 発症日 病気の症状が現れた日をご記入ください。
※継続して通院されている場合は、その病気の症状の現れた最も古い日
付をご記入ください。
※健康診断で異常が見つかった場合は、健康診断受診日をご記入ください。

あんしんサービスセンター 0800-888-8256

受付時間:平日 9:30~17:30 土日・祝日 9:30~15:30 ※サービス向上のため、通話内容を録音させていただきます。

ホームページからもお問い合わせ。ご質問を受付けております。 <https://www.anicom-sompo.co.jp/>

よくあるご質問は
右の二次元コードから
ご覧いただけます。

