

アニコム損保のペット保険
どうぶつ健保
しにあ

アニコム損保へ 保険金を請求する手続き

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。

■ 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。



ご注意

- 通院の請求はできません。
- 「どうぶつ健保」未対応病院での診療は請求できません。（「どうぶつ健保」対応病院から紹介を受けた場合を除きます。）

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)
P16~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。

保険金の
お支払い

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。

お手続きをスムーズに行うため、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〕

5339

新宿局承認

料金受取人払郵便

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

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)

診療明細書			
1 安心 優子 様	カルテNO:01234	2	8
5 20xx/11/16~20xx/11/20	6 胃腸炎	3	アニコム動物病院 〒160-8352 東京都新宿区西新宿8-17-1 03-1234-XXXX No.0123
診療科目(内容)	単価	数量	金額
4 再診料	¥500	1	¥500
点滴	¥3,000	1	¥3,000
注射	¥1,500	3	¥4,500
入院料	¥2,000	3	¥6,000
内服薬	¥1,000	1	¥1,000
合計			¥15,000
消費税			¥1,500
請求額合計			¥16,500
おしらせ 次回来院日は○月○日です。			
7 発症日 20xx/11/1			

領収書(原本)

2 サクラちゃん	領収書
1 安心 優子 様	
金額	¥16,500
但 入院費として 上記正に領収いたしました	
合計	¥16,500
消費税	¥1,500
5 20xx/11/16~20xx/11/20	8 カルテNO: 01234
6 胃腸炎	
4 内訳	再診料 ¥500
	点滴 ¥3,000
	注射 ¥4,500
	入院料 ¥6,000
	内服薬 ¥1,000
7 発症日 20xx/11/1	

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○印をつけてください。
- ④ 内訳
- ⑤ 診療日(入院日・退院日)
- 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、領収書には薬の名前、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。

アニコム動物病院 新宿区西新宿8-17-1 03-1234-XXXX 20xx年10月29日	処方料 ¥500	フォルテコール
検査料 ¥4,500	入院料 ¥1,500	
処方料 ¥200	内服薬A ¥2,500	
内服薬B ¥1,200	小計 ¥10,400	
ネフガード 200円	バイオムバスター 1,000円	
安心 優子様 サクラちゃんのお薬 20xx年10月29日		
処方のお薬	お薬の名前	効能
赤いカプセル	1,000円	
ピンクの錠剤	500円	
アニコム動物病院 新宿区西新宿8-17-1 TEL:03-1234-XXXX おだいに		

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。



「通院」時の診療費

※CTやMRIなどの高額な診療であっても、「入院」や「手術」ではない場合、保険金のお支払いはできません。



「どうぶつ健保」対応病院ではない動物病院での診療費

ただし、対応病院からの紹介がある場合は補償されます。
※紹介状があった場合、P3の「⑥ 紹介事項記入欄 記入例」をご確認ください。



「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せん。



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

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
お手持の「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。



アニコム損害保険株式会社 **どうぶつ健康保険** **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は、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(利用目的)および(医療照会)に同意し、貴社が代理店として「医療照会」を行うことを委任したものとさせていただきます。】

1 保険金請求者 (捺印) (サイン)をしてください。

2 保険契約内容 「どうぶつ健康保険証」を、[]でご記入ください。

3 保険金受取口座のご指定

口座名義人 (カタカナ)	セイ	メイ
金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店名
	<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 済信	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支所
	<input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信託	
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	口座種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 特種	口座番号
	通帳記号	通帳番号

4 請求内容の確認

診療日	診療内容	受傷日(ケガをした日) / 発症日(病気の症状が現れた日)
入院 入院日 20 年 月 日	[] (ケガ) (病状) (手術)	20 年 月 日
退院日 20 年 月 日		
手術	[] (ケガ) (病状) (手術)	20 年 月 日

5 他社のペット保険契約

保険会社名	商品名	証券番号
契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

6 紹介事項記入欄 (※未対応の診療の場合のみ)

● []の診療を受けた動物病院を紹介した場合には、紹介元の「どうぶつ健康保険証」の裏面に「紹介状(写し)を送付いただく必要があります。」

● []の診療を受けた動物病院を紹介した場合には、紹介元の「どうぶつ健康保険証」の裏面に「紹介状(写し)を送付いただく必要があります。」

● *の付いている項目は、動物病院の捺印でも可です。

6 紹介事項記入欄 記入例

- []の診療が「どうぶつ健康」未対応病院の場合、対応病院に紹介していただく必要があります。
- 紹介状(写し)の送付もしくは、必要事項を紹介元の対応病院にて記入いただく必要があります。

医療機関名*	動物病院	紹介元の対応病院の捺印でも可能です。
電話番号*	電話番号 03-1234-XXXX	
獣医師名*	院長 〇〇〇〇	
紹介日	20XX年 10月 16日	
診断名	僧房弁閉鎖不全症 受傷日: 20XX年7月4日 発症日: 20XX年7月4日	
	外耳炎 受傷日: 20XX年9月1日 発症日: 20XX年9月1日	

以下 URL または右記二次元コードから「どうぶつ健康」対応病院を検索できます。
<https://www.anicom-ah.com>

3 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。

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。

記号	番号	お蓋し印
10000	12345671	

4 手術としてご請求いただく場合

- 重要**
- 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きを行います。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。
 - 対応病院の紹介により「どうぶつ健康」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。

注意 CT, MRI は手術扱いではなく入院の支払限度額内での補償となります。

4 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。