

コピーしてご利用ください。

「限度日数あり」プランにご契約の方へ

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 行 私は、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【医療照会】を行うことを委任したものととして捺印(またはサイン)の上、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。

【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。

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		印 フルネーム サインでも可
被保険者名 (保険の補償を受ける方)		
保険証券等記載の 被保険者との続柄	本人/配偶者(夫・妻) 同居のパートナー(注) 同居の親族 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」をご参照の上でご記入ください。

証券番号					
フリガナ					
契約者名 (加入者名)	姓		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契約している場合のみご記入ください。

保険会社名	
商品名	
保険期間	年 月 日～ 年 月 日
証券番号	

(注)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。(2018年12月1日以降にご請求の場合)

## 4 保険金受取口座のご指定 ※初めて保険金をご請求の場合、必ずご記入ください。

口座名義人 (カタカナ)	セイ	メイ
ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 労金
	支店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支所
	金融機関コード	支店コード
	口座種類	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
口座番号		
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0 口座番号

### 【ご記入時のご注意】

通帳をご確認の上、正確にご記入ください。  
※口座名義人は必ずカタカナでご記入ください。  
※過去にご指定いただいた保険金受取口座であっても、改姓や解約等に伴って口座情報に変更がありましたら、再度、保険金受取口座をご指定ください。  
※保険金のお振り込みができない場合がありますので、必ず保険金受取口座のご指定をお願いします。

## 5 請求内容の確認

動物病院でお受取りの診療明細書(または領収書)をご覧の上、以下にご記入ください。

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・入院の理由)	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〉	20 17 年 10 月 7 日	ケガ・ 病気・ 予防・美容 健康診断等	〈例〉咳、歯肉炎、元気がない、下痢、耳のかゆみ	20 17 年 10 月 3 日 (頃)
通院 (どうぶつ の同伴あり)	20 年 月 日	ケガ・ 病気・ 予防・美容 健康診断等		20 年 月 日 (頃)
	20 年 月 日	ケガ・ 病気・ 予防・美容 健康診断等		20 年 月 日 (頃)
	20 年 月 日	ケガ・ 病気・ 予防・美容 健康診断等		20 年 月 日 (頃)
	20 年 月 日	ケガ・ 病気・ 予防・美容 健康診断等		20 年 月 日 (頃)
入院	入院日	20 年 月 日	ケガ・ 病気・ 予防・美容 健康診断等	20 年 月 日 (頃)
	退院日	20 年 月 日		
手術日	20 年 月 日	ケガ・ 病気・ 予防・美容 健康診断等	手術日のご記載をもって「手術での請求」として受付けます。手術の定義に該当した場合、「手術」枠を使用し手続きを行います。「どうぶつ健保」未対応病院で行った手術のご請求には、「手術内容証明書」が必要です。(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。)	

保険金請求書類の送付先 ● P1の「送付用ラベル」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

〒160-8352 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