

コピーしてご利用ください。

必ずご自身で「ご契約内容のお知らせ 兼 意向確認書(控)」表面の  
保険利用回数管理表に診療を受けられた日付をご記入ください。



# アニコム損保のペット保険 どうぶつ健保 ぷち

## 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。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。※保険金受取口座のご記入のみの場合は、口座のみの登録とさせていただきます。

【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 保険契約内容

※「ご契約内容のお知らせ 兼 意向確認書(控)」をご参照の上でご記入ください。※上記 [ ] を確認の上、捺印(サイン)をしてください。

証券番号		どうぶつ名	ちゃん
フリガナ		フリガナ	
契約者名 (加入者名)	姓 名	被保険者名 (保険の補償を受ける方)	印 フルネーム サインでも可
日中連絡のとれる 電話番号	- -	保険証券等記載の 被保険者との続柄	本人/配偶者(夫・妻) 同居の親族 別居の未婚の子

### 2 他のペット保険契約

なし あり ⇒「あり」の場合は、下記に詳細をご記入ください。

保険会社名	アイペット アクサダイレクト 日本アニマル倶楽部 ペット&ファミリー アニコム損保 その他( )	商品名	
保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	証券番号	

### 3 保険金受取口座のご指定

ご指定がない場合は、弊社で確認できる口座にお支払いします。  
ご注意

右の口座を  
受取口座として  
登録します。

※弊社より直接保険  
金の受取りをして  
いない方のみご記  
入ください。

金融機関 (ゆうちょ銀行 以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	フリガナ	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	口座種類 <input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
口座名義(カタカナ)		支店コード(3ケタ)	口座番号(右詰でご記入ください)	
ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタ) 1 0	通帳番号(8ケタ)(右詰でご記入ください)		1
口座名義(カタカナ)				

### 4 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、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〉	2017年10月7日	ケガ・病気 ○ 予防・美容・健康診断等	〈例〉椎間板ヘルニア、肺炎、誤飲	2017年10月3日(○)
入院	入院日	ケガ・病気 ○ 予防・美容・健康診断等		20 年 月 日(○)
	退院日			
入院	入院日	ケガ・病気 ○ 予防・美容・健康診断等		20 年 月 日(○)
	退院日			
手術日	20 年 月 日	ケガ・病気 ○ 予防・美容・健康診断等	「どうぶつ健保」未対応病院で行った手術のご請求には、別紙の「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。)	
手術日	20 年 月 日	ケガ・病気 ○ 予防・美容・健康診断等		

保険金請求書類  
の送付先

- 別紙の「送付用ラベル」をコピーして定形封筒に貼付けしてください。
- 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