

再生医療協力金申請書

申請日：西暦20 年 月 日

申請者の情報					
フリガナ			生年月日	性別	
申請者名	姓	名	西暦 年 月 日	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
フリガナ					
申請者住所	〒 (都道府県) ※マンション・アパート等は建物の名称もご記入ください。				
電話番号	自宅	()	携帯	()	
メールアドレス	PC	〈例〉@yahoo.co.jp、@gmail.com、@i.softbank.jpなど @	携帯	〈例〉@docomo.ne.jp、@ezweb.ne.jpなど @	
どうぶつ情報					
アニコム損保に加入している方はご記入ください。	証券番号	N B S G			
アニコム損保に加入していない方はご記入ください。	フリガナ				
	どうぶつ名	ちゃん			
	種類	犬・猫	品種	※混血（ミックス）の場合は、「混血」とご記入ください。	
	性別	男の子・女の子	体重	<input type="radio"/> 1 10kg未満 <input type="radio"/> 2 10kg以上20kg未満 <input type="radio"/> 3 20kg以上30kg未満 <input type="radio"/> 4 30kg以上45kg未満 <input type="radio"/> 5 45kg以上	
	生年月日	西暦 年 月 日		※日にちまで必ずご記入ください。月日がわからない場合は推定日等をご記入ください。	
再生医療の情報					
再生医療を受けた日	西暦20 年 月 日	再生医療を受けた動物病院	動物病院名		
			動物病院が所在する都道府県	(都道府県)	
申請・署名欄					
1. 再生医療に係る診療明細書（または領収書）を添付し、再生医療協力金利用規約に同意し申請いたします。 2. より安全かつ有効な細胞治療サービスを提供する仕組みの実用化および健全な細胞治療市場の拡大のため、動物再生医療技術研究組合へ情報（どうぶつさんの画像データ、飼い主様の声とアンケート内容）を提供することに同意いたします。 ※再生医療技術研究組合では、ホームページ（ https://parmcip.jp/ ）・メルマガ・リーフレット・Facebook等にこの情報を掲載させていただく場合があります。					
アニコム損害保険株式会社 御中 申請者名 _____					
口座情報					
再生医療協力金の受取口座をご記入ください。	フリガナ				
	口座名義人				
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名	銀行・農協 信金・漁協 労金	支店名	支店 出張所 本店 支所
		金融機関コード		支店コード	
	ゆうちょ銀行	口座種類	普通・総合・当座・貯蓄	口座番号	
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0	口座番号		

<本申請書の送付先>

 〒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 再生医療協力金受付係 行