

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	〒	<input type="text"/> 都 <input type="text"/> 道 <input type="text"/> 府 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> @			携帯	〈例〉@docomo.ne.jp、@ezweb.ne.jpなど <input type="text"/> @				
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	<input type="text"/> N <input type="text"/> B <input type="text"/> S <input type="text"/> G							
フリガナ										
どうぶつ名		ちゃん								
アニコム損保に加入していない方はご記入ください。		種類	<input type="radio"/> 犬 <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 男の子 <input type="radio"/> 女の子		体重	<input type="radio"/> 1 10kg未満		<input type="radio"/> 2 10kg以上20kg未満			
生年月日		西暦 年 月 日			<input type="radio"/> 3 20kg以上30kg未満		<input type="radio"/> 4 30kg以上45kg未満			
※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。					<input type="radio"/> 5 45kg以上					
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	<input type="text"/> 都 <input type="text"/> 道 <input type="text"/> 府 <input type="text"/> 県				
申請・署名欄										
<p>再生医療に係わる診療明細書（または領収書）を添え、再生医療協力金利用規約が本契約の内容となることを承認のうえ申請いたします。</p> <p>アニコム損害保険株式会社 御中</p> <p style="text-align: right;">申請者名 _____</p>										
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	<input type="text"/> 銀行 <input type="text"/> 農協 <input type="text"/> 信金 <input type="text"/> 漁協 <input type="text"/> 労金			支店名	<input type="text"/> 支店 <input type="text"/> 出張所 <input type="text"/> 本店 <input type="text"/> 支所			
		金融機関コード	<input type="text"/>			支店コード	<input type="text"/>			
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	<input type="text"/>			0	口座番号	<input type="text"/>	

<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