

請求日
(記入日)

20

年

月

8

請求内容に相違がないことを確認の上、【個人情報の取扱いについて】(別紙)の内容および約款に規定される事実確認のために、関係者(医療機関関係者を含む)等に対し、貴社(貴社の委託する者を含む)が照会や調査を求めることに同意し、関係書類とともに保険金を請求します。保険金は記載の指定口座に振り込んでください。口座への振り込みをもって保険金を受領したものと認めます。

現住所	〒 マンション・アパート名					
	都 道 府 県					
氏 名 (自署)	フリガナ		被保険者との関係	本人	配偶者	同居の親族
			日中の連絡先	()		
未成年の場合、生年月日	西暦	年	月	日	未成年の場合、親権者署名	

必ずご記入ください

口座名義 (カタカナ)	
----------------	--

どちらかに
必ずご記入ください

ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号
	1 0 の	1

どちらかに
必ずご記入ください

ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店 出張所 本店
	店番号	種目(一方に○印)
	—	口座番号
	普通	当座

保険会社	商品名	証券番号	契約期間	20 年 月 日 ~20 年 月 日
------	-----	------	------	-----------------------

[illegible]

ちゃん



② 診療内容報告書



証券
番号

ちゃん

同封いただいた診療明細書の枚数 合計 枚

- (1) 記載いただいた通院・入院にかかった動物病院発行の診療明細書、領収書(レシート)等と一緒にご提出ください。診療明細書・領収書(レシート)ともに**原本の提出が必要です(コピー取扱い不可)**。領収書に金額のみ記載されている場合には、内訳(項目)の記載をお願いします。
- (2) 診療明細書は**台紙等に貼らずにそのまま同封してください**。
- (3) ご提出いただいた診療明細・領収書より、予防目的の処置、治療以外のケア(爪切り・肛門腺絞り、耳掃除等)、薬用シャンプー・イヤークリーナー・ケア用品等の外用薬、サプリメント・漢方(医薬品を除く)・健康食品・予防薬等の内服薬と判断されるものは保険金をお支払できませんので、あらかじめご了承ください。診療明細項目にケア等が含まれる場合はその旨をご記入ください。



例：・3日前から嘔吐の症状が見られたため受診。
・昨日の夜から耳を痒がっていたため受診。外耳炎と診断された。
・前回(僧帽弁閉鎖不全症)の継続治療。
・××年○月△日の健康診断時に肝数値の異常を指摘され、再検査の指示があり受診。

診療日	通院・入院の理由、もしくは症状	発症日・受傷日
(通院) 20 年 月 日～ (入院) 20 年 月 日		20 年 月 日
(通院) 20 年 月 日～ (入院) 20 年 月 日		20 年 月 日
(通院) 20 年 月 日～ (入院) 20 年 月 日		20 年 月 日
(通院) 20 年 月 日～ (入院) 20 年 月 日		20 年 月 日
(通院) 20 年 月 日～ (入院) 20 年 月 日		20 年 月 日
(通院) 20 年 月 日～ (入院) 20 年 月 日		20 年 月 日

<事故状況報告欄>

ケガによるご請求が含まれる場合は、以下に事故状況(ケガをした日・状況)をご記入ください。

受傷日： 年 月 日 時頃
事故状況(おケガをされた状況)