

ペット保険 保険金請求書(兼医療照会同意書)

イーペット少額短期保険株式会社 行

保険金請求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】に同意します。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。

※ご記入は、サインペンまたはボールペンでお願いいたします。
※必ず保険金を請求するご本人様をご記入ください。
※メールアドレス欄は必ずご記入いただきますようお願いいたします。

【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イーペットグループ内での確認を含む)、保険金のお支払および各種商品・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、関係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) 西暦 年 月 日

1 保険契約内容

証券番号		フリガナ	
フリガナ		ペットのお名前	
被保険者 (保険の補償を受ける方)		契約者 (加入者名)	
保険証券等記載の被保険者との続柄	<input type="radio"/> 本人/配偶者(夫・妻) <input type="radio"/> 同居の親族 <input type="radio"/> 別居の未婚の子	メールアドレス	@
親権者署名		※被保険者と契約者が異なる場合は、必ずご記入ください	

※保険金を請求される方が未成年の場合、親権者の方の同意(署名)が必要です。

2 保険金受取口座のご指定

※契約者または被保険者ご本人の口座を必ずご記入ください。口座名義人を必ずご記入ください。

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 労金	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 営業所	預金種類	口座番号
口座名義人	フリガナ		<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 当座	
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0 の	通帳番号(右詰でご記入ください)	1

3 他社のペット保険契約

(他社の保険契約がある場合は、必ずご記入ください)

保険会社名 (共済事業含む)		商品名 (プラン名)	
保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	証券番号	

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。

※診療明細書に薬品名の記載が無い場合、動物病院様での追記依頼の為、書類をご返却させて頂く場合がございますので予めご了承ください。
※保険契約始期日前に傷病の原因または待機期間中に病気の原因が生じている場合は、保険金をお支払いできませんので予めご了承ください。

診断名もしくは症状	傷病 A	傷病 B																																		
受傷日(ケガをした日)または発症日(病気の症状が現れた日)	西暦 年 月 日 (時頃)	西暦 年 月 日 (時頃)																																		
【受診された理由】 ケガの場合は、どのような状況で受傷したのかできるだけ詳しくご記入ください																																				
診療日	<input type="radio"/> A・ <input type="radio"/> B <table border="1"> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td></td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> 計 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	手術日	西暦 年 月 日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																				
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																			
	<input type="radio"/> A・ <input type="radio"/> B <table border="1"> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td></td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> 計 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	入院期間	西暦 ~ 年 月 日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																					
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																				
<input type="radio"/> A・ <input type="radio"/> B <table border="1"> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td></td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> 計 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	手術日	西暦 年 月 日	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																					
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																				
<input type="radio"/> A・ <input type="radio"/> B <table border="1"> <tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td></td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> 計 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	入院期間	西暦 ~ 年 月 日	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																					
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																				

保険金請求書類の送付先

- 送付用ラベルをご使用いただくと送料のご負担は不要です。ラベルは当社ホームページからダウンロードしてご使用ください。
- ご自身で送料をご負担される場合は、こちらまで

〒802-0005 福岡県北九州市小倉北区堺町2丁目1番1号
角田ビル小倉6階 602号室 イーペット少額短期保険株式会社 行