

家庭動物保険金請求書兼

一括委任状
同意書

PS保険（ペットメディカルサポート株式会社） 御中

貴社約款の規定により、保険金の請求をします。

下記「個人情報取り扱いについて（抜粋）」の記載事項に同意します。

保険金支払いの可否等の判断のために、貴社がペットのケガ・病気の程度、治療内容等について動物病院に対して照会し記録簿等を取り付けることに同意します。

保険金請求 お問い合わせ番号	
証券番号	

① 請求日（この請求書を記載した日）をご記入ください

※ボールペンまたはサインペンでご記入ください。

平成 西暦	年	月	日
----------	---	---	---

必ずご記入ください。
訂正される場合には、ご請求者
印でご訂正ください（他の項目
も同様です）。

② 保険金を請求される方（被保険者）のご記名、ご捺印をお願いします

フリガナ (お名前)	日中連絡先TEL ()
-------------------	---------------------

必ず保険金を請求される本人が
ご記入・ご捺印ください。（未
成年の方は請求できません）
日中のご連絡先（電話番号）を
ご記入下さい。

③ ペットちゃんのお名前と生年月日をご記入ください

ペット名	生年月日	平成 西暦	年	月	日
------	------	----------	---	---	---

必ずご記入ください。
誤って記入されますと保険金
のお支払いに時間がかかるケ
ースがありますのでご注意ください

④ 保険金の振込口座をご記入ください

（ご希望の支払方法にチェック✓してください）

<input type="checkbox"/> 保険料引落し口座へ支払ってください	※ 保険料クレジットカード払いの方は 必ず振込口座をご記入下さい。		
<input type="checkbox"/> 下記の口座へ支払ってください			
銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	店番	普通・総合 当座
口座 番号	口座名義 (カタカナ)		

必ずいずれかにチェック✓をお
願います。
※被保険者以外の方の口座は指
定できません

保険金引落し口座以外への振込
を希望される場合には、保険金
を請求される方の口座をご記入
ください。

⑤ 他のペット保険をご契約されている場合は必ず

※ ご記入ください。

会社名	証券番号	商品名

※
弊社は保険金支払い時に他のペ
ット保険会社への契約照会を行
っております。

⑥ 傷病の発生時をご記入ください

疾病が発生した日 または ケガをした日	平成 西暦	年	月	日	午前 午後	時	分	ごろ
---------------------------	----------	---	---	---	----------	---	---	----

必ずご記入ください。
病気やケガに気付いた日にちを
ご記入ください。
同一の傷病で追加請求される場
合もご記入ください。

⑦ 同封いただいた 動物病院発行の領収書

※ の枚数をご記入下さい。

枚

※「診療費明細書」、「計算書」などと記載されている場合を含みます

⑧ 傷病の状況について 下記の事項を出来るだけ詳しく ご記入ください

① 傷病名	② 病院へ行かれた時の状況	③ 治療や検査の内容	※同一の傷病で追加請求をされている場合で、傷病名や治療内容などに变化があった場合には その内容をご記入ください。
④ 今後の治療予定の有無			
※継続治療が確定している場合のみ「有」に○をつけてください			

個人情報の取り扱いについて（抜粋）

弊社は、取得した個人情報を、以下の目的に必要な範囲で利用し、業務委託先、動物医療機関、他の少額短期保険会社・損害保険会社または再保険会社等に提供を行います。なおセンシティブ情報の利用目的については、保険業法施行規則等により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的の範囲に限定して利用・提供します。

1. 保険契約の申込みに係る引受の審査、引受及び管理
 2. 保険金請求に係る保険事故の調査（関係先への照会を含みます）
 3. 保険金の支払い
 4. 弊社が有する債権の回収
 5. 保険金不正取得等の犯罪防止・排除
- 詳しくは弊社ホームページ（<http://www.pshoken.co.jp>）をご覧ください。

会社使用欄

受付印

--