

	保険金請求お問合せ番号
	証券番号



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「個人情報の取り扱いについて（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。

家庭動物保険金請求書兼一括委任状・同意書

※ボールペンまたはサインペンでご記入ください（訂正される場合には、ご請求者印でご訂正ください）

①請求日（この請求書を記載した日）をご記入ください

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 ()

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 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

④保険金の振込口座をご記入ください

（ご希望の支払い方法にチェック✓してください ※ご記入が無い場合、保険料引落とし口座へのご入金になります）

<input type="checkbox"/> 保険料引落とし口座へ支払ってください			
<input type="checkbox"/> 下記の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 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> </div>	普通・総合 当座
<input type="checkbox"/> 口座番号 <small>（左詰めでご記入ください）</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	<input type="checkbox"/> 口座名義（カタカナ）	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>

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

⑥同封いただいた 動物病院発行の領収書の枚数をご記入ください

_____ 枚 （「診療明細書」、「計算書」などと記載されている場合を含みます。）

⑦傷病の発生時をご記入ください（複数の傷病で通院の場合はすべての診断名）

番号	受傷日または発症日	診断名および治療内容 ※診断名が不明な場合は症状を ご記入ください	治療期間等
①	年 月 日	診断名： 症 状： 治療内容：	年 月 日～ 年 月 日 □治療中 □完治 □経過観察 □その他（ ） □通院 日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名 （ ）
②	年 月 日	診断名： 症 状： 治療内容：	年 月 日～ 年 月 日 □治療中 □完治 □経過観察 □その他（ ） □通院 日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名 （ ）
③	年 月 日	診断名： 症 状： 治療内容：	年 月 日～ 年 月 日 □治療中 □完治 □経過観察 □その他（ ） □通院 日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名 （ ）
④	年 月 日	診断名： 症 状： 治療内容：	年 月 日～ 年 月 日 □治療中 □完治 □経過観察 □その他（ ） □通院 日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名 （ ）

入院および手術の治療費のご請求がある場合は、その入院期間・手術内容をご記入ください

番号	手術日および入院期間（入院日数）	手術・検査の有無
①	（上記 番のご治療分） 入院 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） 手術 年 月 日実施 [今後の治療予定 有・無]	□手術（手術名 ） （手術名 ） □検査（診断名 ）
②	（上記 番のご治療分） 入院 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） 手術 年 月 日実施 [今後の治療予定 有・無]	□手術（手術名 ） （手術名 ） □検査（診断名 ）

個人情報の取り扱いについて（抜粋）

弊社は、取得した情報を、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と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. 保険契約の申し込みに係る引き受けの審査、引受及び管理
2. 保険金請求に係る保険事故の調査
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

受付印

保険金請求書ご記入例

	保険金請求お問合せ番号
	証券番号



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「個人情報の取り扱いについて（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。

家庭動物保険金請求書兼一括委任状・同意書

※ボールペンまたはサインペンでご記入ください（訂正される場合には、ご請求者印でご訂正ください）

①請求日（この請求書を記載した日）をご記入ください

西暦 20△△年 ○○月 ○○日

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 ニホン タロウ

（お名前） 日本 太郎



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）

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 ピーエス 生年月日 西暦 20□□年 △△月 ○○日

④保険金の振込口座をご記入ください

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

（ご希望の支払い方法にチェック✓してください ※ご記入が無い場合、保険料引落とし口座へのご入金になります）

□保険料引落とし口座へ支払ってください			
<input checked="" type="checkbox"/> 下記の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ください			
<input type="checkbox"/> 銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="checkbox"/> 本店 支店 出張所	店番	<input type="checkbox"/> 普通・総合 当座
口座番号 (左詰めでご記入ください)	0 0 0 0 0 0 0 0	口座名義 (カタカナ)	ニ ホ ソ タ ロ ウ

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 ○○○保険株式会社

証券番号 11111111

商品名 ○○補償プラン

弊社は保険金支払時に他のペット保険会社への契約照会をおこなっております。

⑥同封いただいた 動物病院発行の領収書の枚数をご記入ください



枚

（「診療明細書」、「計算書」などと記載されている場合を含みます。）

必ずご記入願います

必ずご記入ください。該当する項目にチェック✓をお願いします。傷病名が複数あり、発症日が異なる場合は記入欄を分けてご記入ください。(記入しきれない場合は、この用紙をコピーするか、弊社 HP からダウンロードしてご記入ください。)

⑦ 傷病の発生時をご記入ください (複数の傷病で通院の場合はすべての診断名)

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

日	診断名および治療内容 ※診断名が不明な場合は症状をご記入ください	治療期間等
① 20△△年○月○日	診断名：膿皮症 症状：皮膚の痒み・臭い 治療内容：内服薬（抗生物質）、シャンプー治療	20△△年○月×日～20△△年○月××日 <input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 通院 5日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名（○×シャンプー）
② 20△△年×月△日	診断名：出血性腸炎 症状：嘔吐・下痢（血便） 治療内容：注射・皮下点滴・内服薬（整腸剤・抗生物質）	20△△年×月△日～20△△年×月△△日 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通院 3日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名（ ）
③ 20△△年△月○日	診断名：乳腺腫瘍 症状：乳腺にしこり 治療内容：外科手術にて摘出	20△△年△月○日～20△△年△月×○日 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 通院 3日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名（ ）
④ 年 月 日	診断名： 治療内容：	年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通院 日間 <input type="checkbox"/> 入院 日間 シャンプー・イヤークリーナーの商品名（ ）

該当する傷病の入院治療の内容をこちらにご記入ください

入院および手術の治療費のご請求がある場合は、その入院期間・手術内容をご記入ください

番号	手術日および入院期間（入院日数）	手術・検査の有無
①	（上記②番のご治療分） 入院 20△△年 ○月 △日～20△△年 ○月 □日（2日間） 手術 年 月 日実施 [今後の治療予定 有・無]	<input type="checkbox"/> 手術（手術名 ） （手術名 ） <input type="checkbox"/> 検査（診断名 ）
②	（上記③番のご治療分） 入院 20△△年 △月 ×日～20△△年 △月 □日（3日間） 手術 20△△年 △月 △日実施 [今後の治療予定 有・無]	<input checked="" type="checkbox"/> 手術（手術名 乳腺腫瘍部分摘出術） （手術名 避妊手術） <input checked="" type="checkbox"/> 検査（診断名 乳腺腫瘍（良性））

個人情報の取り扱いについて（抜粋）

弊社は、取得した情報を、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と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. 保険契約の申し込みに係る引き受けの審査、引受及び管理
 2. 保険金請求に係る保険事故の調査
 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

必ずご記入ください。該当する項目にチェック✓をお願いします。
同一傷病で通院治療・入院治療・手術あわせて受けている場合は、入院・手術の内容をご記入ください。