

お問合せ番号(保険金請求)	CL
保険証券番号	



PS 保険 (家庭動物保険) **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) 行

私は、保険金請求書の内容に相違ないことを確認の上、約款の規定に従い、貴社の「個人情報の取り扱いについて」に同意し、保険金を請求します。

私は、貴社 (貴社が指定する者を含む) が保険金支払いの可否等を判断するために、貴社 (貴社が指定する者を含む) がペットのケガ・病気の程度、治療内容等について関係者 (動物病院・ペット葬儀事業者等) に対して照会し、保険金請求があった診療・葬儀に関する情報の提供を求めること (事実の確認、記録簿等の取り付け等) に同意します。

※ボールペンまたはサインペンで記入ください (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 (この請求書のご記入日)	西暦	年	月	日		
②	保険金を請求される方 (被保険者)	フリガナ				ご捺印	印
		お名前 (ご署名)					
	(ご署名・ご捺印をお願いします。)	日中の連絡先 TEL	()				
		保険証券等記載の被保険者との続柄	<input type="radio"/> ① 本人/配偶者(夫・妻) <input type="radio"/> ② 同居の親族 (続柄) <input type="radio"/> ③ 別居の未婚の子				
③	ペットちゃんのお名前	ちゃん	ペットちゃん の生年月日	西暦	年	月	日
④	保険金の受取口座 (被保険者以外の方の口座は指定できません。)	<input type="checkbox"/> 口座名義 (カタカナ) <input type="checkbox"/> 被保険者さまの口座名義をカタカナでご記入ください。					
		金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 (出張所)	店番		
		口座種類	普通預金 (総合)	口座番号 (左づめでご記入ください)			
		ゆうちょ銀行	通帳記号 (5ケタ)	1	0	通帳番号 (8ケタ)	
		<input type="checkbox"/> 口座名義 (カタカナ) <input type="checkbox"/> 被保険者さまの口座名義をカタカナでご記入ください。					
⑤	他社のペット保険契約	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。					
		保険会社名				証券番号	
		商品名					
個人情報の取り扱いについて (抜粋)				詳しくは弊社ホームページ (http://www.pshoken.co.jp) をご覧ください。			
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			
会社使用欄						受付印	

お問合せ番号(保険金請求)	CL
保険証券番号	

ご提出前に、記入もれ、捺印もれ、○のつけもれ、☑もれがないか、ご確認ください。

⑥	同封いただいた領収書などの合計枚数 (本請求書を除く。「領収書」・「診療明細書」・「検査結果表」・「OO証明書」などの枚数)	枚
	うち、セレモニー(火葬)費用等の領収書などの合計枚数	(うち 枚)

傷病の内容 (複数の傷病でご通院の場合は、診断名をすべてご記入ください。)		
番号	ケガをした、または病気に気がついていた年月日・通院日数など	診断名および症状・治療内容 (治療内容などについて、詳しい内容をご記入ください。また治療した部位・左右などもご記入ください。)
⑦ 1	年 月 日	診断名：
	通院日数 (入院/手術は含みません) 日間	原因(ケガの場合)：
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日死亡)	症状：
	今回、処方された シャンプー・ イヤークリーナー などの商品名	治療内容：
⑦ 2	年 月 日	診断名：
	通院日数 (入院/手術は含みません) 日間	原因(ケガの場合)：
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日死亡)	症状：
	今回、処方された シャンプー・ イヤークリーナー などの商品名	治療内容：
⑦ 3	年 月 日	診断名：
	通院日数 (入院/手術は含みません) 日間	原因(ケガの場合)：
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日死亡)	症状：
	今回、処方された シャンプー・ イヤークリーナー などの商品名	治療内容：

入院/手術にかかわるご請求がある場合は、その入院/手術の内容をご記入ください。 ※麻酔を用いて行った手術でも、縫合のみ・創傷処理・検査などを目的とした場合は、手術補償には含まれず、通院または入院保険金の補償対象に該当いたします。			
番号	手術日および入院期間(入院日数)・手術の有無・手術名		
⑧ 1	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分	入院日数 日間	手術名
	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし 手術日 年 月 日		
⑧ 2	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分	入院日数 日間	手術名
	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし 手術日 年 月 日		



お問合せ番号(保険金請求)	CL
保険証券番号	

PS 保険 (家庭動物保険) **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) 行

私は、保険金請求書の内容に相違ないことを確認の上、約款の規定に従い、貴社の「個人情報の取り扱いについて」を承諾し、貴社（貴社が指定する者を含む）が保険金支払いの可否等を判断するために、貴社（貴社が指定する者を含む）に対して関係者（動物病院・ペット葬儀事業者等）に対して照会し、保険金請求があった診療・葬儀に関する情報（診療内容、治療内容等、記録簿等の取付け等）に同意します。

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。)

※ボールペンまたはサインペンで記入ください(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 (この請求書のご記入日)	西暦	20△△年	〇〇月	〇〇日
---	------------------	----	-------	-----	-----

②	保険金を請求される方 (被保険者)	フリガナ	ニホン タロウ	ご捺印	
	お名前 (ご署名)	日本 太郎			
	(ご署名・ご捺印をお願いします。)	日中の連絡先 TEL	〇〇 (△△△) □□〇〇		
	保険証券等記載の被保険者との続柄	① 本人/配偶者(夫・妻) ② 同居の親族 (続柄) ③ 別居の未婚の子			

③	ペットちゃんのお名前	ピース ちゃん	ペットちゃんの生年月日	西暦	20□□年	△△月	〇〇日
---	------------	---------	-------------	----	-------	-----	-----

○保険料のお支払方法がクレジットカード払いの場合は、②の被保険者さま名義の口座を必ずご記入ください。
 □保険料のお支払方法が口座引落 (口座名義が②の被保険者さまと同一) で、ご記入の無い場合は、引落口座に送金します。

④	保険金の受取口座	口座名義 (カタカナ)	被保険者さまの口座名義	※被保険者以外の方の口座は指定できません。			
	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	〇〇〇	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 (出張所)	店番	
	口座種類	普通預金 (総合)	口座番号 (左づめでご記入ください)	〇	〇	〇	〇
	ゆうちょ銀行	通帳記号 (5ケタ)	1	0	通帳番号 (8ケタ)		

⑤	他社のペット保険契約	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。					
	保険会社名	〇〇〇保険株式会社	証券番号	111111111			
	商品名	〇〇補償プラン					

個人情報の取り扱いについて (抜粋)		詳しくは弊社ホームページ (http://www.p...	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。
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 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		

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。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。)

ご提出前に、記入もれ、捺印もれ、○のつけもれ、☑もれがないか、ご確認ください。

同封いただいた領収書などの合計枚数 (本請求書を除く。「領収書」・「診療明細書」・「検査結果表」・「OO証明書」などの枚数)		△ 枚
必ずご記入 願います。	うち、セミナー（火葬）費用等の領収書などの合計枚数	(うち 枚)

傷病の内容 (複数の傷病でご通院の場合は、診断名をすべてご記入ください。)

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。

番号	ケガをした、または病気に気がつ いた年月日・通院日数など	診断名および症状・治療内容 (治療内容などについて、詳しい内容をご記入ください。 また治療した部位・左右などもご記入ください。)
⑦ 1	20△△年 ○月 ○日 通院日数 (入院/手術は含みません) 5日間 <input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日死亡)	診断名：膿皮症 原因(ケガの場合)： 症状：皮膚の痒み・湿疹 治療内容：注射、内服薬(抗生物質)
	今回、処方された シャンプー・ イヤークリーナー などの商品名 ○×シャンプー	
	今回請求する 日数をご記入 ください。	
2	20△△年 ×月 △日 通院日数 (入院/手術は含みません) 3日間 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日死亡)	診断名：右前足爪の外傷 原因(ケガの場合)：散歩中に爪が割れてしまった 症状：傷口からの出血 治療内容：消毒、内服薬(抗生物質)
	今回、処方された シャンプー・ イヤークリーナー などの商品名	
3	20△△年 △月 □日 通院日数 (入院/手術は含みません) 3日間 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日死亡)	診断名：膀胱結石 原因(ケガの場合)： 症状：血尿 治療内容：超音波検査、エックス線検査、尿検査、注射、内服薬(抗生物質)
	今回、処方された シャンプー・ イヤークリーナー などの商品名	
	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/手術にかかわるご請求がある場合は、その入院/手術の内容をご記入ください。

※麻酔を用いて行った手術でも、縫合のみ・創傷処理・検査などを目的とした場合は、手術補償には含まれず、通院または入院保険金の補償対象に該当いたしません。

番号	手術日および入院期間(入院日数)・手術の有無・手術名		
⑧ 1	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分	入院日数	手術名 膀胱結石摘出術
	入院期間 20△△年 △月 ○日 ~ 20△△年 △月 ×日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし 手術日 20△△年 △月 ○日		
2	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分	入院日数	必ずご記入ください。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。
	入院期間 年 月 日 ~ 年 月		
	<input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし 手術日 年 月		