

契約内容変更依頼書

個人情報の取扱いについては、貴社の個人情報保護方針に同意・承諾します。

記名被保険者が変更となった場合、この保険契約に係る被保険者の権利及び義務は変更以降、更新後の被保険者が継承します。

変更日	西暦20 年 月 日
保険証券記載の契約者名	自 署

証券番号									
※複数のご契約がある場合は以下にご記入ください。									
証券番号									
証券番号									
証券番号									

1. 契約者の改姓、契約者の変更、契約者の住所変更 をされる方

契約者名 <small>フリガナを必ずご記入ください</small>	フリガナ	性別	男	女
		生年月日	西暦	年 月 日
		日中の連絡先	—	—
住所	□□□□ - □□□□□□			
メールアドレス				

2. 被保険者の改姓、被保険者の変更、被保険者の住所変更 をされる方

被保険者名 <small>フリガナを必ずご記入ください</small>	フリガナ	性別	男	女
		生年月日	西暦	年 月 日*
		日中の連絡先	—	—
住所	□□□□ - □□□□□□			

*未成年者（小学生以下）や成年被後見人等の責任無能力者は被保険者になることはできません。

3. ペット情報 を変更をされる方 ※変更には、ワクチン接種証明書・血統証明書などの証明書コピー（写し）の郵送が必要になります。

ペット名 <small>フリガナを必ずご記入ください</small>	フリガナ	性別	男の子	女の子
	ちゃん	生年月日	西暦20	年 月 日

4. ペットがお亡くなりになった方 ※下記の保険料返金口座は必ず記入してください

お亡くなりになった日	西暦20 年 月 日
-------------------	------------

_____ 保険料返金口座 _____

※契約者名義の口座をご記入ください。

口座名義人 <small>フリガナを必ずご記入ください</small>	フリガナ
---	------

5. 解約をされる方 ※下記の保険料返金口座は必ず記入してください

右記にチェック	<input type="checkbox"/> 解約をする* <input type="checkbox"/> 補償プランを変更するために解約する
解約理由 <small>*を選択の場合ご記入ください</small>	

こちらを一方をご記入ください

金融機関	ゆうちょ銀行以外の	金融機関名	銀行	信用組合	信用金庫	協同組合
	銀行	ゆうちょ	記号	番号	番号	番号
	普通	口座番号				

*保険料返金が無い場合もありますので、ご了承のほどお願い申し上げます。

会社使用欄

返戻金		円
支払日	20 年 月 日	
変更日	20 年 月 日	

※変更日は請求日の変更日、別途指定がある場合のみ記入

承認印	入力印	受付印

(2022年7月改定版)

切り取り、定型封筒にお貼りください。



料金受取人払郵便

小石川局承認

8253

差出有効期間
2026年8月31日
まで[切手不要]

1 1 2 8 7 9 0

098

定型

(受取人)

東京都文京区後楽2-3-28

KIS飯田橋ビル3F 株式会社アイカム内

ペットメディカルサポート株式会社
お客さまサービスセンター行



- 保険金請求書在中
 異動承認請求書在中
 []

お名前

ご投函前のチェックリスト

- 領収書には、診療内容の明細が書かれていますか？

(明細が無い場合は、当社所定の診療明細書が必要です)

<https://pshoken.co.jp/contract/#content07>



万一ご不明な点がございましたら、当社までお問い合わせください。

0120-335-573

受付時間：平日9:30～17:30

(土・日・祝日および年末年始の弊社休業日を除く)