

お問合せ番号 (保険金請求)	
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「個人情報保護方針」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。

※ 太枠の欄に、黒か青のボールペンでご記入ください (訂正は、ご請求者印でお願いします。)

①	ご請求日 *この請求書のご記入日	西暦	年	月	日
②	ペットちゃんのお名前	ちゃん			
③	フリガナ *必ずご記入ください	フリガナ	1)捺印	印	
	被 保 険 者 (診療費ご負担者)	お名前 (ご署名)			
	日中の連絡先 電話番号	()			
	保険証券に記載されている被保険者との続柄	① 本人/配偶者 (夫・妻) ② 同居の親族 (続柄) ③ 別居の未婚の子			

④	保険金の受取口座	必ずご記入ください。 保険金をお支払する場合に必要となります。				
		□座名義	③の被保険者と同一			
		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)	店番号	
		□座種類	普通預金 (総合)	□座番号 (左づめ)		
ゆうちょ銀行	通帳記号 (5ケタ)	1	0	通帳番号 (8ケタ)		

⑤	他社で ご加入中の ペット保険	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		

※2ページ目へ

個人情報保護方針 (抜粋)		詳しくは弊社ホームページ (http://pshoken.co.jp/company/privacy.html) をご覧ください。	
当社は、取得した個人情報を、右の目的に必要な範囲で利用します。 利用目的の範囲を超えて取り扱う場合は、個人情報保護法第16条第3項各号に掲げる場合を除き、書面によりお客さまご本人の同意をいただいた上で行います。		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. 当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)	
保険証券番号	

⑥	同封いただいた領収書などの書類*の枚数 *「領収書」・「診療明細書」・「検査結果表」・「証明書」など(本請求書は枚数に含めません)	枚
	うち、セレモニー（火葬）費用の領収書などの合計枚数	(うち 枚)

傷病の内容		*複数の傷病の場合は、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た年月日・通院日数など	診断名および症状・治療内容 *治療した部位・左右もご記入をお願いします。	
⑦ 通院の内容	1	年 月 日 通院日数 (入院/手術は含みません) 日間 <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) 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	診断名： 原因（ケガの場合）： 症状： 治療内容：
	2	年 月 日 通院日数 (入院/手術は含みません) 日間 <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) 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	診断名： 原因（ケガの場合）： 症状： 治療内容：
	3	年 月 日 通院日数 (入院/手術は含みません) 日間 <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) 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	診断名： 原因（ケガの場合）： 症状： 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 入院手術の内容	1	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分 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	入院日数 日間 手術名
	2	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分 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	入院日数 日間 手術名

お問合せ番号 (保険金請求)	
保険証券番号	

ご記入例

ペットの
保険

PS保険 (家庭用) **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「個人情報保護方針」に従って、
 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) の
 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
 の確認、記録簿等の取り付け等) に同意します。

保険金を請求されるご本人が
 ご記入・ご捺印をお願いします。
 *未成年の方は請求できません。

※ 太枠の欄に、黒か青のボールペンでご記入ください (訂正は、ご請求者印をお願いします。)

①	ご請求日 *この請求書のご記入日	西暦	20△△	年	〇〇	月	〇〇	日
②	ペットちゃんのお名前	ピース ちゃん						
③	フリガナ *必ずご記入ください	フリガナ	ニホン		タロウ			
	被保険者 (診療費ご負担者)	お名前 (ご署名)	日本		太郎			
	日中の連絡先 電話番号	〇〇	(△△△)	□	ご捺印をお忘れなく	
	保険証券に記載されている被保険者との続柄	<input checked="" type="radio"/> ① 本人/配偶者 (夫・妻) <input type="radio"/> ② 同居の親族 () <input type="radio"/> ③ 別居の未婚の子						

いずれかの金融機関をご指定下さい	必ずご記入	③に記載した被保険者さま以外の方の口座は指定できません。												
	口座名義	③の被保険者と同一												
	金融機関名 *ゆうちょ銀行以外	〇〇〇	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input checked="" type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 (出張所)	店番号	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	他社でご加入中のペット保険	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			
	商品名	〇〇補償プラン	証券番号	11111111	

※2ページ目へ

個人情報保護方針 (抜粋)	詳しくは弊社ホームページ (http://pshoken.co.jp/company/privacy.html) をご覧ください。
当社は、取得した個人情報を、右の目的に必要な範囲で利用します。 利用目的の範囲を超えて取り扱う場合は、個人情報保護法第16条第3項各号に掲げる場合を除き、書面によりお客さまご本人の同意をいただいた上で行います。	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. 当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

- 通院については⑦の欄に、入院・手術は⑧の欄にご記入ください。
- 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下さい。
- 記入しきれない場合は、この用紙をコピーするか、当社HPからダウンロードをお願いします。

⑥	同封いただいた領収書などの書類*の枚数 *「領収書」・「診療明細書」・「検査結果表」・「証明書」など(本請求書は枚数に含みません)	△ 枚
	うち、セレモニー（火葬）費用の領収書などの合計枚数	(うち △ 枚)

⑦ 通院の内容		傷病の内容 *複数の傷病の場合は、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た年月日・通院日数など	診断名および症状・治療内容	※治療した部位・左右もご記入をお願いします。
1	20△△年 ○ 月 ○ 日 通院日数 (入院/手術は含みません) 5 日間	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)
	治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 死亡 (年 月 日死亡)	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		
2	20△△年 × 月 △ 日 通院日数 (入院/手術は含みません) 3 日間	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)
	<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)		
	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	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)
	<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)		
	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		

⑧ 入院手術の内容		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		
1	上記⑦の ① ② ③ 番の治療分	入院日数 5 日間	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 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		