

お問合せ番号 (保険金請求)	C	L																		
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、ご請求者印をお願いします)。**

①	請求日 (記入日)	西暦	20	年		月		日
---	-----------	----	----	---	--	---	--	---

②	ペットちゃんのお名前		ちゃん
---	------------	--	-----

③	請求者のお名前 (保険金受取口座の名義人)	フリガナ							
	保険証券に記載の 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 ( <input type="text"/> ) <sup>続柄</sup> <input type="radio"/> ③ 別居の未婚の子							
	日中連絡先 (電話番号)	( <input type="text"/> )							
	保険金受取口座 <u>※必ずご記入ください</u>	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 労金	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 (出張所)	店番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 座種類	普通預金 (総合)							
	<input type="checkbox"/> 座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ゆうちょ銀行	通帳記号 (5ケタ)	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		通帳番号 (8ケタ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

④	PS保険以外でご加入中の 他社ペット保険	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり    ⇒ ありの場合は、必ず下記をご記入ください。											
	保険会社名	<input type="text"/>											
	商品名	<input type="text"/>	証券番号	<input type="text"/>									
	保険期間	20	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	~	20	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>

**※ 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 ( <a href="http://pshoken.co.jp/company/privacy.html">http://pshoken.co.jp/company/privacy.html</a> ) をご覧ください。	受付印
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	

お問合せ番号 (保険金請求)	C	L									
保険証券番号											

⑤	同封いただいた領収書などの書類*の枚数		枚
	*「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)		
	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。	
1	年 月 日	診断名：	
	通院日数 (入院/手術は含みません)	原因(ケガの場合)：	
	□治療中 □完治 □経過観察 □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：	
2	年 月 日	診断名：	
	通院日数 (入院/手術は含みません)	原因(ケガの場合)：	
	□治療中 □完治 □経過観察 □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：	
3	年 月 日	診断名：	
	通院日数 (入院/手術は含みません)	原因(ケガの場合)：	
	□治療中 □完治 □経過観察 □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・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⑥の	① ② ③ 番の治療分	入院日数 日間
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	手術名
	□手術あり □手術なし	手術日 年 月 日	
2	上記⑥の	① ② ③ 番の治療分	入院日数 日間
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	手術名
	□手術あり □手術なし	手術日 年 月 日	

お問合せ番号 (保険金請求)	C	L																		
保険証券番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0										

ご記入例

PS保険 (家) **証券番号をお忘れなく** 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  
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  
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、ご請求者印でお願いします）。**

①	請求日（記入日）	西暦 20 △△ 年 ○○ 月 ○○ 日
---	----------	----------------------

②	ペットちゃんのお名前	ピース ちゃん
---	------------	---------

③	請求者のお名前 (保険金受取口座の名義人)	フリガナ ニホン タロウ 日本 太郎	1~3のいずれにも該当しない方は、 請求できません。
	保険証券に記載の 被保険者との続柄	① 本人/配偶者 (夫・妻) ② 同居の親族 ( ) ③ 別居の未婚の子	
	日中連絡先 (電話番号)	○○○-△△△△-□□□□	
	保険金受取 ※必ずご記入く	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 <input type="checkbox"/> 以外の金融機関 <input checked="" type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 労金	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 (出張所)
	店番号	○○○	
	口座種類	普通預金 (総合)	
	口座番号	○○○ ○○○ ○○○ ○○○ ○○○	
	通帳記号 (5ケタ)	1 △△△○	
	通帳番号 (8ケタ)	△△△△△△△△	

④	PS保険以外でご加入中の 他社ペット保険	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり ⇒ ありの場合は、必ず下記をご記入ください。
	保険会社名	○○○保険株式会社
	商品名	○○補償プラン
	証券番号	○○○○○○○○
保険期間	20 △△ 年 ○○ 月 ○○ 日 ~ 20 △△ 年 ○○ 月 ○○ 日	

※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 ( <a href="http://bshoken.co.jp/company/privacy.html">http://bshoken.co.jp/company/privacy.html</a> ) をご覧ください。	受付印
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	

- 通院については⑥の欄に、入院・手術は⑦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。

大変お手数ですが、ご記入をお願い申し上げます。

⑤	同封いただいた領収書などの書類*の枚数	△ 枚
	*「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)	
	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 た	いつ がつい	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	病気やケガに気付いた日にご記入下さい。	20△△年 ○○ 月 ○○ 日	診断名： 嘔吐症
	通院日数 (入院/手術は含みません)	5 日間	保険金を請求する日数をご記入ください。
	<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)		該当する項目にチェック✓をお願いします。
	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	注射、内服薬（抗生物質）
2		20△△年 ○○ 月 ○○ 日	診断名： 右前足爪の外傷
	通院日数 (入院/手術は含みません)	3 日間	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
	<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)		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	診断名： 膀胱結石
	通院日数 (入院/手術は含みません)	3 日間	原因(ケガの場合)： 症状： 血尿
	<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)		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		

通院治療に加えて手術や入院治療を受けた場合は、同じ番号をご記入ください。

入院手術の内容		入院/手術にたがわるご請求が可能な場合は、その入院/手術の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)・手術の有無・手術名		
1	上記⑥の ① ② ③ 番の治療分	入院日数	5 日間
	入院期間	20△△年 ○○ 月 ○○ 日 ~ 20△△年 ○○ 月 ○○ 日	手術名 膀胱結石摘出術
	<input checked="" type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし	手術日	
2	上記⑥の ① ② ③ 番の治療分	入院日数	
	入院期間	年 月 日 ~	通院治療に加えて手術や入院治療を受けた場合は、ご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 手術なし	手術日	