

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 ※必ずご署名ください (お名前のゴム印・印刷などは受付できません)					
	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 (続柄)    ③ 別居の未婚の子					
	日中連絡先 (電話番号)	( )					
	保険金受取口座 ※必ずご記入ください	ゆうちょ銀行 以外の金融機関	<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		
		□座種類	普通預金 (総合)				
		□座番号					
	ゆうちょ銀行	通帳記号 (5ケタ)	1			0	
		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	なし    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						
	商品名		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://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)	
保険証券番号	

治療内容について **該当する項目** のみ太枠にご記入ください。 **傷病名と発症日は必須** です。  
記入しきれない場合は、この用紙をコピーするか、当社HPからダウンロードお願いいたします。

⑤	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)

同一の傷病は、1項目内に記載をお願いいたします。

\*注1 診断名が不明の場合は、症状を簡単にご記入ください。 \*注2 発症日は、症状が現れた日、あるいは、ケガをした日になります。

傷病 1	傷病名 (必須) *注1		発症日 (必須) *注2	西暦 20 年 月 日頃
	通院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	通院回数	回
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日
	手術した日	西暦 20 年 月 日	手術名 (種類)	
	服用・ 外用薬の名前		病院で処方された シャンプーの名前	
	検査内容	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 糞尿検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 皮膚検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (異常項目: )		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡 (お亡くなりになられた日: 西暦20 年 月 日)		
⑥ 治療 内容 傷病 2	傷病名 (必須) *注1		発症日 (必須) *注2	西暦 20 年 月 日頃
	通院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	通院回数	回
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日
	手術した日	西暦 20 年 月 日	手術名 (種類)	
	服用・ 外用薬の名前		病院で処方された シャンプーの名前	
	検査内容	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 糞尿検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 皮膚検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (異常項目: )		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡 (お亡くなりになられた日: 西暦20 年 月 日)		
傷病 3	傷病名 (必須) *注1		発症日 (必須) *注2	西暦 20 年 月 日頃
	通院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	通院回数	回
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日
	手術した日	西暦 20 年 月 日	手術名 (種類)	
	服用・ 外用薬の名前		病院で処方された シャンプーの名前	
	検査内容	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 糞尿検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 皮膚検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (異常項目: )		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡 (お亡くなりになられた日: 西暦20 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) **保険金請求書兼一括委任状** (同意書)

証券番号をお忘れなく

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」に従い、私と貴社（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・葬儀等の確認、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)	○○○-△△△△-□□□□	
	保険金受取口座 ※必ずご記入ください	<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	なし 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 (http://bshoken.co.jp/company/privacy.html) 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)	
保険証券番号	

大変お手数ですが、  
ご記入をお願い申し上げます。

治療内容について **該当する項目** のみ太枠にご記入ください。 **傷病名と発症日は必須** です。  
記入しきれない場合は、この用紙をコピーするか、当社HPからダウンロードお願いいたします。

⑤	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)	10 枚
	うち、セレモニー（火葬）費 <b>傷病名と発症日は必須項目です。</b>	(うち 0 枚)

同一の傷病は、1項目内に記載をお願いいたします。

\*注1 診断名が不明の場合は、症状を簡単にご記入ください。 \*注2 発症日は、症状が現れた日、あるいは、ケガをした日になります。

⑥ 治療内容	傷病 1	傷病名(必須) *注1	外耳炎	発症日(必須) *注2	西暦 20 22 年 1 月 15 日頃	
		通院期間	西暦 20 22 年 1 月 17 日 ~ 西暦 20 22 年 1 月 24 日	通院回数	2 回	
		入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数		
		手術した日	西暦 20 年 月 日	手術名(種類)		
		服用・ 外用薬の名前		病院で処方された シャンプーの名前		
		検査内容	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 糞尿検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 皮膚検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他( )			
		検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(異常項目: )			
		現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡(お亡くなりになられた日: 西暦20 年 月 日)			
傷病 2	傷病名(必須) *注1	右前足爪の外傷	発症日(必須) *注2	西暦 20 22 年 1 月 9 日頃		
	通院期間	西暦 20 22 年 1 月 11 日 ~ 西暦 20 22 年 1 月 25 日	通院回数	2 回		
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日		
	手術した日	西暦 20 年 月 日	手術名(種類)			
	服用・ 外用薬の名前	消毒、抗生物質	病院で処方された シャンプーの名前			
	検査内容	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 糞尿検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 皮膚検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他( )				
	検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(異常項目: )				
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 完治 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡(お亡くなりになられた日: 西暦20 年 月 日)				
傷病 3	傷病名(必須) *注1	膀胱結石	発症日(必須) *注2	西暦 20 21 年 11 月 30 日頃		
	通院期間	西暦 20 21 年 12 月 4 日 ~ 西暦 20 22 年 2 月 3 日	通院回数	10 回		
	入院期間	西暦 20 22 年 1 月 22 日 ~ 西暦 20 22 年 1 月 25 日	入院日数	2 泊 3 日		
	手術した日	西暦 20 22 年 1 月 22 日	手術名(種類)	膀胱結石摘出手術		
	服用・ 外用薬の名前		病院で処方された シャンプーの名前			
	検査内容	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input checked="" type="checkbox"/> 糞尿検査 <input checked="" type="checkbox"/> 尿検査 <input checked="" type="checkbox"/> エコー <input checked="" type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 皮膚検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他( )				
	検査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(異常項目: )				
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 完治 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡(お亡くなりになられた日: 西暦20 年 月 日)				