

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、普通保険約款の規定に従い、貴社の個人情報保護方針の【個人情報の利用目的】のうち「保険金請求に係る調査 (関係先への照会を含みます)」・「保険金のお支払い」・「保険金不正請求等の犯罪防止・排除」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、診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 (個人情報の利用目的の該当部分)	受付印
2.個人情報の利用目的 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18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。	(1-5略) 6.保険金請求に係る調査 (関係先への照会を含みます) 7.保険金のお支払い 9.保険金不正請求等の犯罪防止・排除 (8および10-14略)



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	通院日数	日
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日
	手術日	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"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	死亡日	西暦 20 年 月 日
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	通院日数	日
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日
	手術日	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"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	死亡日	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	通院日数	日
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日
	手術日	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"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	死亡日	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) **保険金請求書兼同意書**
 PS保険 (ペットメイトカルフポート株式会社) 行

証券番号をお忘れなく

私は、保険金請求書の内容に相違ないことを確認の上、普通保険約款の規定に従い、貴社の個人情報保護方針の「個人情報の利用目的」のうち「保険金請求に係る調査（関係先への照会を含みます）」・「保険金のお支払い」・「保険金不正請求等の犯罪防止」
 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（貴社が指定する診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	<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)	△△△△△△△△	

いずれかの金融機関を指定下さい

請求者以外の方の口座は、指定できません。

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 (個人情報の利用目的の該当部分)	受付印
2.個人情報の利用目的 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18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。	(1-5略) 6.保険金請求に係る調査 (関係先への照会を含みます) 7.保険金のお支払い 9.保険金不正請求等の犯罪防止・排除 (8および10-14略)



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 傷病名と発症日は必須項目です。	(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。

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	通院日数	2 日
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	
	手術日	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"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input checked="" type="checkbox"/> 完治	死亡日	西暦 20 年 月 日
治療 内容 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	通院日数	2 日
	入院期間	西暦 20 年 月 日 ~ 西暦 20 年 月 日	入院日数	泊 日
	手術日	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 checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	死亡日	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	通院日数	10 日
	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 checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	死亡日	西暦 20 年 月 日