

保険金ご請求方法のご案内

1 動物病院の窓口で治療費の全額を一旦お支払いください。

2 診療後、診療明細書(または領収書)を必ずお受け取りください。

※保険金のご請求には必ず**原本**を送付願います。
※明細がない場合は、弊社所定の診療明細書を動物病院にて作成ください。
※文書作成費用につきましては、お客様負担となりますのでご了承ください。

診療明細書(原本)

診療明細書			
① イーペット 太郎 様	③ 診療日	2018年〇月〇日	
② ココア ちゃん	④ 診断名	嘔吐、下痢	
診療項目(内容)	単価	数量	金額
⑤ 再診料	¥500	1	¥500
レントゲン検査	¥1,000	1	¥1,000
内服薬	¥1,200	1	¥1,200
小計			¥2,700
消費税			¥216
請求額合計			¥2,916
⑥ イーペット動物病院 〒807-0000 北九州市〇〇1丁目〇-〇 TEL 093-0000-0000			

領収書(原本)

領収書		No.0012
① イーペット 太郎 様	③ 2018年〇月〇日	
② ココア ちゃん	⑤ 再診料 500円 レントゲン検査 1,000円 内服薬 1,200円	
金額	¥2,916	
④ 嘔吐、下痢		
小計	¥2,700	
消費税等	¥216	
⑥ イーペット動物病院 〒807-0000 北九州市〇〇1丁目〇-〇 TEL 093-0000-0000		

必ず右記が記載されているか確認してください。
不足項目がある場合は余白または裏面に、動物病院
でご記入いただいでください。

- ① 被保険者名
- ② ペットのお名前
- ③ 診療日
- ④ 診断名
- ⑤ 診療内訳
- ⑥ 動物病院情報
(病院名・所在地・電話番号)

3 保険金請求書(兼医療照会同意書)を作成ください。

保険金請求書はコピー、または当社ホームページからダウンロードしてご使用ください。
記入例を参考にご記入ください。

4 保険金請求書と診療明細書(または領収書)の原本を弊社までご郵送ください。

返信用封筒もしくは送付用ラベルをご使用いただくと送料ご負担は不要です。
ラベルは当社ホームページからダウンロードしてご使用ください。
ご自身で送料を負担される場合は、こちらまで →

〒802-0002 福岡県北九州市小倉北区京町2丁目7番8号 小倉ビル7階
イーペット少額短期保険株式会社 行

5 保険金をお支払いする時期

請求に必要な事項が記載されたすべての書類が到着した日から、その日を含めて**30日以内**に被保険者ご指定口座に保険金をお支払いします。

保険金をお支払いするために特別な確認・調査・照会等が必要になった場合は、保険金をお支払いするまでに30日を越える場合があります。

※詳しくは、ペット医療費用保険普通保険約款をご覧ください。

イーペット少額短期保険株式会社

ワンニャン ワンニャン オーナー様

お客さまセンター ☎ 0120-1212-07

受付時間：9:00~17:30 月曜~金曜(祝日、年末年始を除く。)

ご不明な点はお気軽にお問い合わせください。

● この用紙をコピー、または当社ホームページからダウンロードしてご使用ください。

ペット保険 保険金請求書(兼医療照会同意書)

イーペット少額短期保険株式会社 行

保険金請求の内容に相違ないことを確認の上、【個人情報の利用目的】および【医療照会】に同意します。以下の診療について関係書類とともに保険金を請求します。保険金は以下の指定口座に振込んでください。口座への振込みをもって保険金を受領したものと認めます。

※サインペンまたはボールペンでご記入ください。
※必ず保険金を請求するご本人様をご記入ください。
※必ずペットの体毛を2~3本程度、体毛貼付欄に貼り付けてください。

【個人情報の利用目的】 お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する保険について少額短期保険業者を含む保険会社間やイーペットグループ内での確認を含む)、保険金のお支払および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
【医療照会】 当社(当社が指定する者を含む)は事実確認を行うために、関係者(医療機関関係者を含む)等に対し、保険金請求のあった診療に関する情報の提供(治療、検査、関係するほかの診療等に関する説明を含む)を求めることがあります。

請求日(記入日) 西暦 2020年 00月 00日

1 保険契約内容		フリガナ	マルサンカク
証券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	ペットのお名前	○△
フリガナ	イーペット タロウ	フリガナ	
被保険者 (保険の補償を受ける方)	イーペット 太郎	契約者 (加入者名)	
※被保険者ご本人の署名が必要です。(印刷不可)		※被保険者と契約者が異なる場合は、必ずご記入ください。	
保険証券等記載の被保険者との続柄	本人/配偶者(夫・妻) 同居の親族 別居の未婚の子		
日中の連絡先	123 - 1234 - 1234	ペットの体毛をセロハンテープ等で2~3本程度貼り付けてください。	必ず貼付けてください ※必ず体毛を貼り付けてください。
親権者署名			

※保険金を請求される方が未成年の場合、親権者の方の同意(署名)が必要です。

2 保険金受取口座のご指定

※契約者または被保険者ご本人の口座を必ずご記入ください。口座名義人を必ずご記入ください。

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	〇〇	銀行 農協 信用金庫 漁協 信用組合 労金	△△	支店 出張所 本店 営業所	預金種類 ① 普通 ② 当座	口座番号 0 1 2 3 4 5 6
口座名義人	フリガナ イーペット タロウ	口座名義人はゆうちょ銀行の場合も必ずご記入ください				
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0 の	通帳番号(右詰でご記入ください)			1

3 他社のペット保険契約

(他社の保険契約がある場合は、必ずご記入ください)

保険会社名 (共済事業含む)		商品名 (プラン名)	
保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	証券番号	

4 請求内容の確認

動物病院でお受取りの診療明細書(または領収書)をご覧の上、以下にご記入ください。

※保険契約始期日前に傷病の原因または待機期間中に病気の原因が生じている場合は、保険金をお支払いできませんので予めご了承ください。

診断名もしくは症状	傷病 1 誤飲	傷病 2 結膜炎			
受傷日(ケガをした日)または発症日(病気の症状が現れた日)	西暦 2020年 8月 3日(18時頃)	西暦 2020年 9月 18日(9時頃)			
【受診された理由】 ケガの場合は、どのような状況で受傷したのかできるだけくわしくご記入ください	散歩中に道端に落ちていたボールを飲み込んでしまったので受診した。	原因不明。気づいたら目が赤くかゆそうにしていた。			
できるだけ詳しくご記入ください(わからない場合は原因不明など)					
診療日	①・② 8月	1 2 ③ ④ 5 6 ⑦ 8 9 10 11 12 13 14 15 計 3日	1	手術日	西暦 2020年 8月 3日
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		入院期間	西暦 2020年 8月 3日 ~ 2020年 8月 4日
	①・② 10月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 3日	2	手術日	西暦 年 月 日
		16 17 18 ① ② 20 21 ③ ④ 23 24 25 26 ⑤ 28 29 30 31		入院期間	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日
	①・② 11月	1 ② 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計 1日			
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			