

保険金請求書(兼医療照会同意書)

当社受付番号

アフラックペット少額短期保険株式会社

※本用紙は保険金請求に必ず必要な書類です。

私は下記記載の内容が事実と相違しないことを確認のうえ、保険証券の約款・条件に基づき保険金請求をいたします。下記口座への振り込みをもって保険金支払いがなされたものといたします。また、貴社の請求による診療記録等の開示依頼に同意します。なお、本保険金請求に関する私の個人情報を、貴社が次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意いたします。

1. 保険契約の履行（損害調査・保険金の支払の拒否、支払保険金の算定など）・保険引受の判断・付帯サービスの提供のために、保険事故の関係者（動物病院等医療機関、損害保険会社、少額短期保険会社、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店、調査会社等）、その他必要な関係先に対して提供を行い、または、これらの者から提供を受けることがあること。
2. 保険制度の健全な運営のために、他の保険会社、少額短期保険会社等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

＜お客様ご記入欄＞ ※本書面はご請求の都度、傷病毎、診療病院毎にご記入ください。

| 請求区分 | 新規請求 | 継続請求 | 請求期間：西暦 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
|-------------------------------|---|------|------------------------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 請求日（記入日） | 西暦 年 月 日 | | 証券番号 | | | |
| フリガナ 保険金請求者 （被保険者） | | | フリガナ ペットのお名前 （被保険動物） | ちゃん | | |
| 住所 | 〒 - | | 電話番号 - - | | | |
| 発症（受傷）の 原因・状況 | 発症・受傷日：西暦 年 月 日 ※初めて、いつもと違う異変に気付かれた日とどのような状態になったのかをご記入ください。 | | | | | |
| 保険金払込 金融機関 | 銀行 信用金庫 | | （コード） | 支店 本店 出張所 | （コード） | 預金 種目 普通 当座 貯蓄（ゆうちょ銀行のみ） |
| 右記口座→ | 口座番号 | | | 口座名義 | カタカナでご記入ください。※被保険者様の口座名義に限ります | |
| 前回と同じ口座 | ※ゆうちょ銀行口座への振込は、振込用の記号（店番）、預金種目、口座番号（7桁）に限ります。 | | | | | |
| 他の保険契約等 （無い場合は ご記入不要です） | 保険会社名 | 証券番号 | 保険期間 始期日 西暦 年 月 日～ 終了日 年 月 日 | | | |

＜獣医師先生ご記入欄＞ ※以下に診療内容及び当該傷病に関する情報をご記入ください。

※複数の傷病・症状を同時に治療した場合は、本用紙を1枚ずつご記入ください。

| | | | |
|-----------------|---|-------------------------------------|--|
| 診断名・症状 | | 治療期間 | 西暦 年 月 日～ 年 月 日 |
| 当該傷病の 最初の受診日 | 西暦 年 月 日 | 当該傷病の 過去の治療歴の 有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 治療期間：西暦 年 月 日～ 年 月 日 |
| 発症・受傷日 | 西暦 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 不明 | 当該傷病と 関係のある 既往歴の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（動物病院名：) |
| 当該傷病の状況 | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 死亡 | 当該傷病と 関係のある 他の動物病院の 受診歴の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（動物病院名：) <input type="checkbox"/> 不明 |

記入日：西暦 年 月 日

診療病院住所：

診療病院名：

電話番号：

上記内容について間違いありません。

診療内容について飼主様より診療記録等の開示依頼があった場合には、開示に同意します。

獣医師署名

※本請求書と動物病院発行の領収証原本（診療明細書等）をご郵送ください。

※動物病院の領収証（診療明細書）に次の5点（①お客様のお名前 ②ペットの名前 ③動物病院名 ④診療内容内訳 ⑤診療日）の記載があるかをご確認ください。これらの記載がない場合は、別途当社指定の「診療明細書」のご記入を動物病院に依頼してください。

■請求書送付先：〒163-0416 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル16階 アフラックペット少額短期保険株式会社
■お問合せ先：0120-312-506 受付時間 9:00～17:00（土日祝日除く）

備考

| | | | |
|---|---|---|-------|
| A | B | C | D（受付） |
| | | | |