

保険金請求書類のご案内



ご請求に必要な書類は次の通りです

① 保険金請求書



② 動物病院発行の診療明細書(原本)

※「診療明細書」について以下の項目が
全て記載されているものをご用意ください

- 飼い主様名(被保険者名)、ペット名
- 動物病院名、所在地、電話番号
- 受診日、傷病名、処方されたお薬名
処置内容(消毒処置・肛門腺処置など)

【手術の請求をされる場合】

① 保険金請求書



② 動物病院発行の 診療明細書(原本)



③ 手術内容確認書

※プラチナプランにご加入の方は不要です
※獣医師の記入が必要となります

【動物病院で「②診療明細書」が発行されない場合】

① 保険金請求書



・当社指定の診療明細書
※獣医師の記入が必要となります



・領収書(原本)



※保険金請求書・当社指定の診療明細書・手術内容確認書は各種ダウンロードし、印刷してご記入ください
ダウンロードはこちら ▶ <https://www.nihonpet.co.jp/mypage/>

上記書類を当社までご郵送ください



〒150-8510
東京都渋谷区渋谷2-21-1 渋谷ヒカリエ 32F
日本ペット少額短期保険株式会社 保険金請求センター行

※ご記入いただいた内容が事実と相違している場合には、保険金のお支払いができない場合がございますので十分ご注意ください。
※保険金が請求できるのは、保険証券に記載された被保険者様または被保険者様の配偶者か、被保険者様または配偶者と生計を共にする同居の親族の方のみです。
※ご提出いただいた診療明細書等の書類はご返却できませんのでご注意ください。
返却をご希望される方は書類に【返却希望】と記載の上お送りくださいますようお願いいたします。

保険金お受け取りまでの流れ

0日 → 30日

- 1 ご請求者様から送付していただいた書類の確認
- 2 傷病名・治療内容等を病院またはご請求者様へ確認
- 3 お支払額の確定
- 4 振り込み手続き(入金)

原則として、ご請求書類が当社に到着してから30日以内に、ご請求者様ご指定の金融機関口座(被保険者様名義)へ振り込みにより保険金をお支払いいたします。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、別途お支払いまでの日数を定めます。

保険金請求書 ご記入例

必ず請求者ご本人様が自署・捺印(サイン)してください。

保険金振込口座欄は、通帳またはキャッシュカードをご確認の上、正確にご記入ください。

ご記入内容に不備や誤りがあると、ご入金が遅れる場合がございます。

ゆうちょ銀行口座をご希望の場合は「通帳記号」と「通帳番号」をご記入ください。

●複数枚必要な方はこの用紙をコピー、または当社のホームページからダウンロードしてご使用ください。▶ <https://www.nihonpetco.jp/mypage/>
 ●ご記入方法は「保険金ご請求のしおり」または当社ホームページをご覧ください。

「いぬとねこの保険」保険金請求書 保険金請求書 送付先 〒150-8510 東京都渋谷区渋谷2-21-1 渋谷ヒカリエ32F 日本ペット少額短期保険株式会社 保険金請求センター

日本ペット少額短期保険株式会社 御中
 下記傷病について関係書類を送付し、保険金請求書の内容に相違ないことを確認の上、「個人情報の利用目的」に同意し、保険金を請求します。
 保険金は下記の指定口座に振り込んでください。

【お願い】
 1. 必ず請求者ご本人様が自署・捺印(サイン)してください。
 2. 黒の油性ボールペンでご記入ください。
 3. 保険金のご請求は、原則として被保険者ご本人様が行ってください。請求者ご本人様が未成年の場合は、親権者同意欄への記入・捺印(サイン)が必要となります。
 4. 訂正された箇所には必ず訂正印を押印(保険金請求者様が署名の場合、署名を)してください。
 5. 本請求書内の⑤につきましては、獣医師にご確認の上、ご記入ください。

請求日(記入日) 西暦20 年 月 日
 同封いただいた動物病院発行の領収書の枚数 枚

保険金請求者 ※被保険者名をご記入ください。
 氏名 電話番号 被保険者からみた続柄
 現住所 ①本人 ②配偶者
 ③1または2の同居の親族
 親権者同意欄 (請求者未成年の場合) 親権者 氏名

2 契約内容
 契約者名 証券番号 ペット名 ちゃん

3 他の保険契約など ※他の保険会社の契約がある場合は必ずご記入ください。
 保険会社(少額短期保険会社・共済事業含む) 補償の種類(てん補割合など) 証券番号 契約期間
 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

4 傷病の発生日時 ※ご請求いただく傷病が複数の場合は、別途保険請求書のご用意をお願いします。(1枚につき1傷病)
 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20 年 月 日 時 分
 (時間帯が分からないようであればご記入ください)

5 傷病内容 ※ケガや病気の治療がなく、予防目的のみの診療費をご請求いただいても、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・症状名(不明な場合は受診された理由)
 傷病について、受診に至る経緯と、治療や検査等の内容を、できるだけ詳しくご記入ください。
 ※過去にご請求いただいている傷病の継続治療について、傷病名や治療内容等に変化があった場合はその内容もご記入ください。

6 その他
 本請求に療法食が含まれている場合 月 日 入院中の食餌 持ち帰り 月 日 入院中の食餌 持ち帰り
 月 日 入院中の食餌 持ち帰り 月 日 入院中の食餌 持ち帰り

7 保険金払込金融機関
 口座名義(カタカナ) 預金種類 口座番号
 ゆうちょ銀行 銀行 信用金庫 農協 支店 出張所 普通 口座番号
 以外の金融機関 (労働) (信用) (協) (本店) (営業所) 普通
 (コード) (コード) (当座)
 ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号 1

【個人情報利用目的】
 保険契約の履行(保険事故の調査、適正な保険金の支払い等)・保険引当判断・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者(動物病院、損害保険会社、少額短期保険会社、共済、保険事故の当事者)、業務委託先(保険代理店を含む)、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ります。
 NP-073(220920)

症状・状況はなるべく具体的にご記入ください。

口座番号は右づめでご記入の上、空欄になる部分は「0」をご記入ください。