

●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.nihonpet.co.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
請求書類
送付先

〒150-8510

東京都渋谷区渋谷2-21-1 渋谷ヒカリエ 3 2F

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

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添付し、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】

- 必ず請求者ご本人様が自署・捺印(サイン)してください。
- 黒の油性ボールペンでご記入ください。
- 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。
- 訂正された箇所には必ず訂正印を押印(保険金請求者欄が署名の場合、署名を)してください。
- 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

① 保険金請求者 ※被保険者名をご記入ください。

フリガナ		捺印またはサイン	電話番号	—	—
氏名			携帯または日中ご連絡先	—	—
現住所	〒 —		被保険者からみた続柄		
			① 本人 ② 配偶者 ③ 1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) 親権者として請求内容を了知し、同意します。	親権者 氏名		捺印 または サイン	

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、別途保金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	時頃
		(時間帯がお分かりになる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)					
ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	銀行 信用金庫 農協 労金 信用組合 漁協 コード	支店 出張所 本店 営業所 コード	預金種類	口座番号	
			普通 当座		
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0	通帳番号		1

【個人情報の利用目的】

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)・保険引受判断・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。

当社受付印

NP-073(220920)

ご契約者様・被保険者様

日本ペット少額短期保険株式会社

【保険金請求における必須項目について】

当社では、適切な保険金支払査定を行うため、以下の9項目を記載必須項目としております。保険金請求の際には、以下の項目が診療明細書等に記載されているかどうかをご確認ください。(不備がある場合、ご請求が一旦差し戻しとなります)

記載されていない項目がある場合は、不足項目を獣医師あるいは病院スタッフに追記・ご捺印いただいた上でご請求くださいますようお願いいたします。

【必須項目】

① 飼い主名 (被保険者名)	⑥ 受診日
② ペット名	⑦ 傷病名
③ 動物病院名	⑧ 処方された薬剤の商品名
④ 動物病院所在地	⑨ 処置の場合は処置内容
⑤ 動物病院電話番号	(「処置料」のみは不可)

【追記例】

診療費明細書

№ 10477
※価格表示は税込

カルテNo. 3276-01 犬 様 診察日 2022/07/27
動物名 / ちゃん

診療項目(内容)	単価	数量	金額
再診	¥860	1	¥860
内服薬 (35日分)	¥15,400	1	¥15,400

診断名: 僧帽弁閉鎖不全症
内服: フロレコール

●割引適用

動物病院
担当獣医師: 〇〇〇 〇〇〇
発行者: 〇〇〇 〇〇〇
TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇〇〇

小計	¥16,260
合計金額(税込)	¥16,260
内消費税等	¥1,478
保険負担額	¥0
自己負担額	¥16,260
今回ご請求額	¥16,260
預収額 (うちカード)	¥16,260

診療項目別診療明細書

被保険者様

被保険者様へ

※動物病院様発行の診療領収明細書がない場合(領収証・レシートに診療費の内訳の記載がない場合)はこちらの書類をご作成ください。

※領収証の原本が必要ですので、必ず一緒にご送付ください。


※この用紙は1回の診療につき1枚の作成をお願いいたします。

※この用紙をコピーまたは弊社のホームページ(<https://www.nihonpet.co.jp/mypage/>)からダウンロードして動物病院様へお持ちください。

※内容で記入に対し文書作成費用がかかる場合もございますが、文書作成費用につきましてはお客様の負担となりますのでご了承ください。

※領収証等の請求書類はご返却できませんので、必要に応じてコピー等で保管してください。

被保険者様ご記入欄(必ずご記入ください)

被保険者様氏名	署名または捺印 		
証券番号	ペット名	ちゃん	
電話番号	携帯電話または 日中のご連絡先	-	-

動物病院様

動物病院様へ

日本ペット少額短期保険(株)のペット保険加入者様がこの診療明細書をご持参の場合は、誠にお手数ではございますが、下記についてご記入くださいますようお願い申し上げます。ご不明な点がございましたら、当社(0120-12-3839)までお問合せください。

※ご記入内容の訂正につきましては、動物病院様のみとさせていただきます。その際訂正箇所には、必ず訂正印をお願いいたします。

※該当する項目名がある場合は○で囲んでください。無い場合は()に記入してください。

動物病院様ご記入欄(必ずご記入ください)

受診日	西暦 年 月 日	ペット名	傷病名(症状名)
発病日・受傷日	西暦 年 月 日	ちゃん	※詳しい症状をご記入ください

	保険対象項目	金額(税込)	保険対象外項目	金額(税込)
診察料	初診料・再診料	¥	夜間/早朝等時間外診療費用・往診費用(加算部分) ()	¥
入院・預かり料	入院期間 (/ ~ /)	¥	預かり料・ホテル料 ()	¥
注射・輸液・輸血料	注射・点滴 ()	¥	()	¥
予防処置・予防薬			ワクチン・フィラリア予防薬・ノミダニ予防薬 ()	¥
処置料	皮膚・耳・眼・投薬 ()	¥	爪切り・肛門腺しぼり・耳掃除・歯石取り・歯切り・薬浴 ()	¥
検査料	糞便・尿・血液・X線・皮膚・耳・眼 ()	¥	フィラリア抗原検査・mf検査・健康時における各種検査 ()	¥
内服薬	()	¥	サプリメント・漢方薬・ビタミン剤等の健康食品 ()	¥
外用薬	点眼・点耳・点鼻 ()	¥	薬用シャンプー・イヤークリーナー ()	¥
麻酔料	全身・局所 ()	¥	健康体への処置に伴う麻酔 ()	¥
手術料	手術日 (/) 手術内容 ()	¥	去勢/不妊手術・停留睪丸・臍ヘルニア ()	¥
その他	エリザベスカラー・割引 ()	¥	療法食・文書料・トリミング・カウンセリング・割引 ()	¥
	①小計(保険対象)	¥	②小計(保険対象外)	¥
①+② 税込総合計額())円		

動物病院情報欄(必ずご記入ください)

病院名 _____

病院住所 _____

電話番号 _____

獣医師名 _____ 捺印 