被保険者様へ
※コピーしてご利用いただけます。

この確認書は動物病院にてご記入いただいてください

手術内容確認書

日本ペット少額短期保険株式会社 行

※本書面及び診断書等作成にかかる「文書作成料」等につきましては補償対象外で「お客様のご負担」となります。あらかじめご了承ください。

※【郵送でのご請求の場合】
「保険金請求書」「手術内容確認書(本書面)」
「診療明細書(動物病院発行)」の3点をご郵送ください。

1 ペットの情報

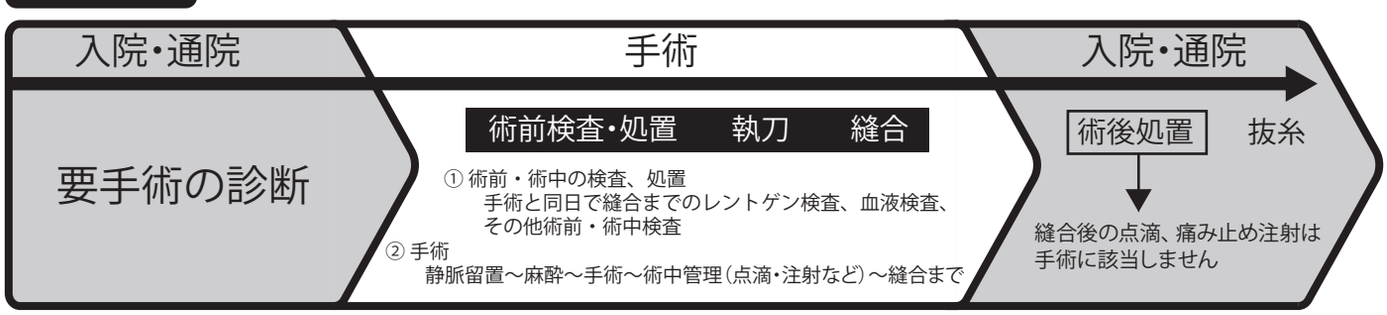
飼い主 氏　名	フリガナ	ペット名	ちゃん

2 手術内容詳細

傷害の受傷日、または疾病の発症日	傷害、または疾病の初診日	手術日
20　年　月　日	20　年　月　日	20　年　月　日

傷病名	
傷害の受傷原因、 または疾病の発症原因 飼い主様の申告内容を ご記入ください	
紹介元医療機関	あり（医療機関名称：　　）・なし

手術の範囲



3 手術費用・治療期間

手術に該当する項目の総額	￥	税込・税抜
治療期間	通院期間（20　年　月　日～20　年　月　日 日間）	
	入院期間（20　年　月　日～20　年　月　日 日間）	
	治癒　転院　継続　死亡（死亡日：20　年　月　日）	

上記のとおり証明します。　20　年　月　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当獣医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名または捺印