

アクサダイレクトのペット保険 保険金請求方法のご案内【兼診療明細記入書（裏面）】

ペットの病気やケガにより動物病院で受診されたときは、
受診費用はいったんすべて動物病院へお支払いください。
その後、下記の書類をご用意の上、保険金請求のお手続きをお願いします。

保険金請求に必要な下記の書類をご郵送ください。

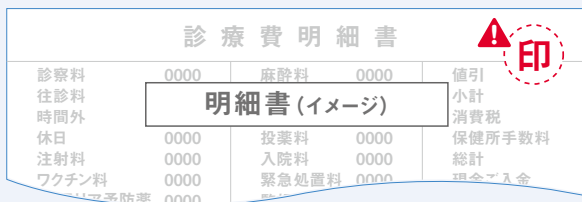


〒780-0053
高知県高知市駅前町3-20
ジブラルタ生命高知ビル6階
アクサ損害保険株式会社
ペット保険 保険金請求係
0120-800-044(9:00~17:00)
(土・日・祝日および年末年始を除く)

✓ 治療費用の「領収」と「明細」が確認できる書類

動物病院で発行された書類は、**A B** どちらのタイプですか？

A 治療費用の明細が記載された明細書兼領収書



発行された明細書兼領収書原本を別紙の「治療費用保険金請求書」と一緒にご郵送ください。

⚠️ 上記書類には領収印の押印もしくは、領収(入金)欄への金額記載が必要です。

B 治療費用の明細が記載されていない領収書

※本紙裏面へのご記入が必要です。



裏面の「診療明細記入書」に動物病院にてご記入いただき、領収書原本および別紙の「治療費用保険金請求書」と一緒にご郵送ください。

裏面をご確認ください。

✓ 治療費用保険金請求書

別紙の「治療費用保険金請求書」は、下記をご参考の上、必要箇所をご記入ください。

お客様

- 👁️ **契約内容をご確認ください。**
 - 保険期間 / 待機期間をご確認ください。
 - 補償されない身体障害をご確認ください。
- 👩 **獣医師の先生にご記入をお願いしてください。**
 - 前回ご請求された疾患に対する継続治療の場合は、ご省略いただけます。
- 👤 **被保険者様ご記入欄 必要事項をご記入ください。**
この欄は上記 **A B** のタイプを問わず必ずご記入が必要です。
 - 保険金受取口座をご指定ください。
 - 他社のペット保険にご加入の場合は、会社名をご記入ください。
 - ご請求日をご記入の上、**ご署名・ご捺印**をお願いします。

動物病院様

- **契約内容をご確認ください。**
 - 被保険動物をご確認ください。
 - 保険期間 / 待機期間 / 補償されない身体障害をご確認ください。
- **動物病院様ご記入欄 必要事項をご記入ください。**
 - A タイプの動物病院の場合**
 - 診断名・初診日をご記入ください。
 - 貴院のご連絡先をご記入ください。当社より診療内容等に関して問い合わせをさせていただく場合がございます。
 - 記載の年月日をご記入の上、担当の獣医師の先生による**ご署名・ご捺印**をお願いします。
 - 治療費用の領収が確認できるものを必ずお渡しください。
 - B タイプの動物病院の場合**
 - 本紙裏面にご記入ください。〔治療費用保険金請求書〕へのご記入は不要です。

⚠️ **動物病院でのお支払日から30日以内にお客様より当社へご郵送をお願いします。**

- 1ヵ月以内に同じ動物病院で複数回の診療を受けられた場合はその月の分を1回のご請求 (1ヵ月に1回の書類記入) にまとめていただいても結構です。
- 複数の動物病院で診療を受けられた場合は、病院ごとに「治療費用保険金請求書」または「診療明細記入書」が必要となります。

保険金請求書が必要な場合は、上記の送付先にお電話ください。

診療明細記入書

- 治療費用の明細が記載された明細書や計算書等が発行されない場合のみ、下記へのご記入をお願いいたします。
- 1** **2** をご記入後、別紙の「治療費用保険金請求書」および「領収書原本」と一緒に右記送付先へご郵送ください。



送付先

〒780-0053
高知県高知市駅前町3-20
ジブラルタ生命高知ビル6階
アクサ損害保険株式会社
ペット保険 保険金請求係
0120-800-044 (9:00~17:00)
(土・日・祝日および年末年始を除く)

1 被保険者様ご記入欄

- 別紙の「治療費用保険金請求書」をご確認いただき、下記欄へご記入ください。
- 文書作成費用等はお客様の自己負担となります。

| | | | |
|---------|--|--------|-----------------|
| フリガナ | | フリガナ | |
| 被保険者様氏名 | | ペットの名前 | |
| 証券番号 | | 保険期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| フリガナ | | | |
| 住所 | | | |

2 動物病院様ご記入欄

別紙の「治療費用保険金請求書」に記載された『1 契約内容』をご確認いただき、下記欄への記入にご協力をお願い申し上げます。

| 診断名 または 症状名 | 1つ目の傷病(症状)名 | | 複数の傷病を同時に 診療された場合は 右の欄にご記入ください。 ご記入がない傷病に対する治療費は お支払できない場合がございますので ご注意ください。 | 2つ目の傷病(症状)名 | | 3つ目の傷病(症状)名 | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|----------------|--|-------------|---|----------|---|---|
| | 年 | 月 | | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| 上記傷病の初診日 | | | | | | | | | | |
| 項目 | 内容 | | | 金額 | 内容 | | | 金額 | | |
| 診察料 | 初診料・再診料 | | | 円 | 夜間休日診療・往診の割増診察料・ 予防目的の診察料 等 | | | 円 | | |
| 注射・輸液など | 注射(皮下・筋肉・静脈) 点滴(皮下・筋肉・静脈) | | | 円 | 予防目的の注射 | | | 円 | | |
| 薬剤料 | 内用 | 抗生剤・消炎剤・鎮痛剤・胃腸薬・ その他医薬品() | | 円 | 予防薬 | | | 円 | | |
| | 外用 | 点眼薬・点耳薬・点鼻薬・塗布剤・消毒薬・ その他医薬品() | | 円 | 耳洗浄液・薬用シャンプー・スキンケア用品・ デンタルケア用品 等 | | | 円 | | |
| | 処方料 | | | 円 | その他 医薬品ではないもの | | | 円 | | |
| 入院 | 入院費 | | | 円 | ペットホテル・飼い主様都合による預かり | | | 円 | | |
| 検査料 | CBC・血液生化学・便・尿・皮膚・X線・眼・耳・ 超音波・アレルギー・CT・MRI・内視鏡・外部検査 その他() | | | 円 | 健診・予防目的の検査 () | | | 円 | | |
| 処置料 | 外耳処置・肛門腺処置・毛刈り・薬浴・消毒・ ネブライザー・レーザー・その他記載傷病に かかる処置() <u>(上記処置は、すべて該当診断名・症状名が必要です)</u> | | | 円 | 日頃のケア (耳掃除・肛門腺絞り・爪きり・睫毛除去) 予防目的の処置・美容のための処置・歯石除去・ 歯科関連・シャンプー/カット・鍼灸 等 | | | 円 | | |
| 麻酔料 | 全身・局所・鎮静 | | | 円 | 去勢・避妊・妊娠・出産・停留辜丸・歯科関連に伴うもの | | | 円 | | |
| 手術料 | | | | 円 | 去勢・避妊・妊娠・出産・停留辜丸・歯科関連に伴うもの | | | 円 | | |
| その他 | 治療に要するアニマルネッカー・ 上記項目に対する割引 等 その他() | | | 円 | 処方食・サプリメント・文書料・カウンセリング・ リハビリ・上記項目に対する割引 等 | | | 円 | | |
| ※金額欄は、内税表記でも結構です。 外税の場合は消費税欄を必ずご記入ください。 | | | | ① 小計 | 円 | ② 小計 | | | | 円 |
| | | | | 消費税 | 円 | 消費税 | | | | 円 |
| | | | | 合計(①+②) | | | | 円 | | |

| | | | | | |
|---------------|-------|--------|---|---|---|
| 動物病院様 ご署名欄 | 動物病院名 | 記載年月日: | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 獣医師署名: | | | |
| | 電話番号 | | 印 | | |

ご協力ありがとうございました。