

# A 保険金請求書(兼 医療情報照会等同意書)

⚠必ずお読みください

**医療照会などの実施および個人情報の取り扱いについて** この保険金請求に関する事実確認などを目的として、関係先(少額短期保険業者、保険会社、業務委託先、医療機関および警察等の公的機関など)に内容照会や案内、診療に関する情報提供(治療、検査および関連するほかの診療に関する説明を含む。)の依頼を行うことがあり、その際には個人情報を利用していただきます。**保険金のお支払いについて** ご記入いただく受取金融機関口座へのお振り込みをもってお支払いが完了したものとします。なお、ご記入内容に不備や漏れなどがあり、前回の請求時など、すでに保険金をお支払いした金融機関口座の履歴がある場合は、そちらの口座にお振り込みいたします。また、保険金のお支払いは、保険料が払込猶予期間内に払い込まれたことを確認したうえでのお支払いになります。  
**ご記入方法について** 請求の内容は被保険者(契約者)さまご本人でご記入いただき、記入漏れのないようご確認をお願いします。なお、被保険者さまと保険契約者さまが同一の場合で、ご登録住所・電話番号に変更があった際は、変更後の情報をご記入ください。ご記入いただいた情報へ登録を変更いたします。  
**被保険者(契約者)さま死亡によりご相続人さまがお手続きをされる場合** ご相続人さまの署名・続柄をご記入ください。

SBIプリズム少額短期保険株式会社 行 ▼上記内容に同意し、記載内容が事実と相違ないことを確認したうえで、記載のとおり請求します。

1 保険契約内容	書類記入日(請求日)	西暦 20 年 月 日	証券番号		
	被保険者名(契約者名)	自署 ご相続人さまの場合 続柄:( )	電話番号		
	住所				
	ペットのおなまえ		ペットの種類		
2 他社の保険会社のペット保険契約がある場合はご記入ください		保険会社名	証券番号		
3 受取金融機関	① ゆうちょ銀行の場合、支店名・口座番号の欄には振込用の店名(漢数字)・口座番号をご記入ください。				
	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 漁協 信用組合 労金	支店名(店名)	本店 支店 出張所	
	<input type="checkbox"/> 座名義人(カタカナ)	(例)カヌシ イチロウ(※カタカナでご記入ください)	<input type="checkbox"/> 座番号	普通	※7桁の番号を右詰めでご記入ください
4 保険金の請求内容 (ご請求される項目に☑のうえ、詳細をご記入ください)	動物病院名	※複数の病院で受診された場合はすべてご記入ください			
		電話番号			
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 請求日数 合計 <input type="text"/> 日	障害名	症状の詳細	今回の診療期間	
		①		西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
		②		西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
		③		西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
		④		西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院	障害名	症状の詳細	入院期間	
		①		西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (泊 日)	
		②		西暦 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (泊 日)	
<input checked="" type="checkbox"/> 手術	手術実施日	西暦 20 年 月 日			
<input checked="" type="checkbox"/> 診断書費用	※ご請求の際は、診断書費用を負担した明細書をご提出ください。				

《本件についてのお問い合わせは》 カスタマーセンター 0120-39-1212

営業日 平日・土日・祝日(GW期間・年末年始を除く) 受付時間 9:30-16:00

SBIプリズム少額短期保険株式会社

宮城県仙台市青葉区一番町2丁目1番1号 仙台銀行ビル7F

保険金請求書の記入例はこちらから



当社使用欄	<input type="checkbox"/> 保険金請求書	審査日	受付日
	<input type="checkbox"/> 診断書		
	<input type="checkbox"/> 診療明細書		
	<input type="checkbox"/> 保険料管理		