

獣医師の皆さま

ペット保険の保険金請求に関するご協力をお願い

ペット保険の保険金請求には、獣医師さまによる診断書の提出が必要となるため、お手数をおかけしますが、裏面の診断書をご記入のうえ、診療明細書とあわせて飼い主さまにお渡しいただきますようお願いいたします。(参考として、当社が飼い主さまにお願いしております診断書提出条件を以下に記載いたします)

*診断書提出条件(以下条件に1つでも該当する場合、診断書の提出が必要です)

- ・手術の場合 ・初年度の責任開始日から半年以内の診療費をご請求の場合※1 ・病名不明の場合
・ご請求いただいた費用の負担が確認できない場合※2 ・その他、当社が確認を必要とした場合

※1 申込(引渡)日翌日から補償が開始されるプランにご加入の場合は除く

※2 診療明細書で、ご請求いただいた保険金の対象となる項目が確認できない場合

* 診療明細書の発行をお願いいたします。

- ・書式はどのようなものでも構いませんが、記載が必要な項目がございます。詳しくは下記見本をご確認ください。
- ・手術の場合、飼い主さまが持参される当社所定の書式をご使用いただいても結構です。

⚠️ ご注意いただきたい事項

- ・保険金請求は飼い主さまご自身が行われます。上記 **診断書** **診療明細書** は飼い主さまにお渡しください。
- ・ペットが実際に通院せず、飼い主さまのみが病院にお伺いした場合は通院保険金の対象外となります。

診療明細書の見本

通院(2日)の場合

診療明細書(通院)				
飼い主さま名	飼主 一郎 さま	明細書発行日	20xx 年 4 月 10 日	
ペット名	まるちゃん			
治療実施日	4 月 10 日			
	薬品名等の明細内訳	単価	数量	金額
B	診療料	1,000	1	1,000
	検便料(直接法)	500	1	500
	皮下注射料	1,500	1	1,500
	ブリンペラン(消化機能改善薬)	20	5	1,000
	アルサルミン(胃粘膜保護剤)	20	5	1,000
			合計	3,200
			消費税	320
			税込金額	3,520

A 動物病院名: ブリズムコール動物病院
 宮城県仙台市青葉区一番町口-△
 022-745-XXXX
 担当医師: 仙台 次郎

通院 1 日目

<u>診療明細書(通院)</u>				
C	飼主 一郎 さま	明細書発行日	20xx 年 4 月 11 日	
D	ペット名 まるちゃん			
治療実施日	薬品名等の明細内訳	単価	数量	金額
4月11日	再診料	500	1	500
E	皮下注射料	1,500	1	1,500
			合計	2,000
			消費税	200
			税込金額	2,200

A

動物病院名： ブリズムコール動物病院
宮城県仙台市青葉区一番町口-△
022-745-xxxx
担当医師： 仙台 次郎

通院2日目

診療明細書がレシート・計算書の場合

A	プリズムコール動物病院	
C	飼主 一郎さま	
D	まるちゃん	
B	20xx年4月10日 10:30	
	担当医師：仙台 次郎	
E	診察代	¥1,100
	検便料	¥550
	皮下注射料	¥1,650
	内服薬①	アルインペラン ¥1,150
	内服薬②	アルサルミン ¥110
	個数	5
	** 合計	¥3,520
	現金	¥4,000
	おつり	¥480

記入例 1

A プリズムコール動物病院

C

D 飼主 一郎さま
まるちゃん

B 20xx年 4月 10日 10:30
担当医師：仙台 次郎

E

部門 01	診察代	¥1,100
部門 02	検便料	¥550
部門 03	皮下注射料	¥1,650
部門 04	プリンペラン	¥110
部門 05	アルサルミン	¥110
個数		5
** 合計		¥3,520
現金		¥4,000
おつり		¥480

記入例 2

入院(3泊4日・手術実施)の場合

C

D

飼い主様名
ペット名

C

D

飼主 一郎 さま
たろすけ ちゃん

C

D

明細書発行日
20xx 年 4 月 15 日

B

E

治療施設
4月12日

B

E

入院料
子葉摘手術料
麻酔料
X線検査
血液検査 CBC 血液塗抹
血液生化学検査 10 項目
留置処置
静脈点滴
内服薬 (機能改善剤)ワルソ 50
皮下注射
入院料

B

E

4月13日

B

E

静脈点滴
皮下注射
入院料

B

E

4月14日

B

E

静脈点滴
皮下注射
入院料

B

E

4月15日

B

E

静脈点滴
皮下注射
入院料
診断書費用

B

E

単価

B

E

数量

B

E

金額

B

E

3,000

B

E

1

B

E

3,000

B

E

50,000

B

E

1

B

E

50,000

B

E

8,000

B

E

1

B

E

8,000

B

E

1,500

B

E

2

B

E

3,000

B

E

1,500

B

E

2

B

E

3,000

B

E

3,000

B

E

1

B

E

3,000

B

E

2,500

B

E

1

B

E

2,500

B

E

5,000

B

E

1

B

E

5,000

B

E

1,000

B

E

2

B

E

2,000

B

E

1,000

B

E

5

B

E

5,000

B

E

5,000

B

E

1

B

E

5,000

B

E

1,000

B

E

2

B

E

2,000

B

E

3,000

B

E

1

B

E

3,000

B

E

5,000

B

E

1

B

E

5,000

B

E

1,000

B

E

2

B

E

2,000

B

E

3,000

B

E

1

B

E

3,000

B

E

5,000

B

E

1

B

E

5,000

B

E

3,000

B

E

1

B

E

3,000

B

E

1,500

B

E

1

B

E

1,500

B

E

合計

B

E

111,500

B

E

消費税

B

E

11,150

B

E

税込金額

B

E

122,650

A

動物病院名: プリズムコール動物病院
宮城県仙台市青葉区一番町口-△
022-745-xxxx
担当医師: 仙台 次郎

重要 必ずお読みください。

- ・診療明細書は以下の項目が記載されているものをご提出ください。

Ⓐ 動物病院名 **Ⓑ 診療実施日** **Ⓒ 飼い主さま (被保険者) 名**
Ⓓ ペットののおなまえ **Ⓔ 薬品名などの明細内訳**

- ・通院・手術いずれの場合も、**1日ごとの診療の内容と各費用がわかる明細書**をご提出ください。1日ごとの診療費が不明な場合は、お支払いする保険金を算出することができません。
- ・診断書の作成費用が発生する場合は、**診断書費用の記載が必要**となります。
- ・上記 **①～⑤** のうち、診療明細書に記載されていない項目がある場合は、不足項目を獣医師さまかスタッフの方が追記いただき、追記された方の **印鑑 (認印) の押印**をお願いします。
- ・診療明細書および診断書に訂正が生じた場合は、必ず獣医師さまかスタッフの方の訂正印をお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、カスタマーセンターまでお問い合わせください。

サンキュー ワンニャン ワンニャン

カスタマーセンター 0120-39-1212

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7階

営業日 平日・土日・祝日 (GW 期間・年末年始を除く)

受付時間 9:00-17:00

https://www.sbi-prism.co.jp/contact_coolingoff.html



B 診 断 書

(獣医師さまにご記入いただく書類)

太枠部分をご記入ください

飼い主名 (被保険者名)					
ペットのおなまえ		ペット種類			
ペット性別		☐ ♂(オス) ☐ ♀(メス)		ペット生年月日	
				西暦 20 年 月 日生(歳 か月)	
診断内容①	障害名	腫瘍の場合 ☐ 良性 ☐ 悪性		原因・診療内容など	
	初診日	西暦 20 年 月 日 ☐ 継続治療中 ☐ 完治(西暦 20 年 月 日)			
診断内容②	障害名	腫瘍の場合 ☐ 良性 ☐ 悪性		原因・診療内容など	☐ 先天性の疾病である
	初診日	西暦 20 年 月 日 ☐ 継続治療中 ☐ 完治(西暦 20 年 月 日)			
診断内容③	障害名	腫瘍の場合 ☐ 良性 ☐ 悪性		原因・診療内容など	☐ 先天性の疾病である
	初診日	西暦 20 年 月 日 ☐ 継続治療中 ☐ 完治(西暦 20 年 月 日)			
診断内容④	障害名	腫瘍の場合 ☐ 良性 ☐ 悪性		原因・診療内容など	☐ 先天性の疾病である
	初診日	西暦 20 年 月 日 ☐ 継続治療中 ☐ 完治(西暦 20 年 月 日)			
入院期間 (入院の場合)		西暦 20 年 月 日 から 西暦 20 年 月 日まで			
		西暦 20 年 月 日 から 西暦 20 年 月 日まで			
手術を行った場合		手術名		手術年月日 西暦 20 年 月 日	
ペットが亡くなった場合		亡くなられた日 西暦 20 年 月 日 死亡理由()			
上記のとおり診断します。 ※病院さまにて手書きでご記入いただくか、または病院さまのゴム印の押印をお願いいたします。					
西暦 20 年 月 日					
所在地					
病 院 名					
電話番号					
担当医師					

診断書は当社ホームページからもダウンロードいただけます。
<https://www.sbiprism.co.jp/pdf/shindansho.pdf>



当社使用欄	受付日	