

動物病院様発行の診療明細書が無い場合はこちらの書類をご作成願います。
また、領収証（レシート）の原本が必要ですので、必ず一緒に送付願います。
この用紙をコピーして動物病院へお持ちください。

動物病院様へ

アイペット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、下記につき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、動物病院様専用ダイヤル（0120-929-950）までお問合せください。

診療明細書

※内容ご記入に対し文書作成費用がかかる場合もございますが、文書作成費用等につきましては自己負担となりますのでご了承ください。
※領収証（レシート）等の請求書類は返却いたしませんのでご了承ください。
※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。

（必ずご記入ください）
被保険者様ご記入欄

被保険者	印		
証券番号	ペット名	ちゃん	
電話番号			

※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。

治療開始日	20 / /	治療動物名	ちゃん	
発病日	20 / /	傷病名(症状名)	※条件付き対象項目については詳しい症状をご記入ください	
受傷日				
	保険対象項目	金額(税込)	保険対象外項目	金額(税込)
動物病院様ご記入欄	診察料	初診料・再診料 ¥	往診料・時間外診療・休日診療 ()	¥
	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・薬浴 () ¥	爪切り・肛門腺搾り・耳掃除・歯石除去・歯切り ()	¥
	検査料	糞便・尿・血液・X線・皮膚・耳・眼 () ¥	フィラリア抗原検査・m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/避妊・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				
診療費が税抜の場合は消費税をご記入ください。(消費税)円				

（必ずご記入ください）
動物病院情報欄

病院住所 _____
電話番号 _____

病院名 _____
獣医師名 _____
印

※必ずご署名、ご捺印ください。