

保険金請求にあたって、ご留意いただきたい事項

このたびは保険金をご請求いただき、ありがとうございます。

下記の留意事項および、表面に記載の【個人情報の利用目的】【医療照会】をご確認いただき、保険金をご請求いただきますようお願いいたします。

- 保険金は、保険金の請求手続きに必要な書類等のすべてを当社が受理した日から30日以内にお支払い(振込)いたします。ただし、ご請求内容によってはお支払いまでにお時間をいただく場合があります。
- ご署名いただく『保険金請求者』と保険金受取口座の『口座名義人』は同一名義をご記入ください。
- 保険金受取口座のご指定がない場合や、保険金のお振込みができない場合は、保険料の振替口座または過去に保険金をお支払いした口座にお振込みします。(いずれも保険金を請求される方と同一名義の口座に限ります)
- 保険金のお支払い手続きにあたり、確認事項がある場合には、保険金を請求される方へお電話やSMS(ショートメッセージサービス)を差し上げることがあります。
- 手術の補償限度(日数・回数)を十分に確認のうえ、ご提出ください。
※限度日数(回数)を超えてご請求された場合は、診療の都度ご請求いただく場合と同様の扱い(日付順)となります。
- 診療明細書および領収書やレシートは、以下5つの項目の記載があることをご確認ください。
 - ①診療を受けられた方(被保険者)氏名
 - ②ペットのお名前
 - ③動物病院情報(病院名・所在地・電話番号)
 - ④診療日
 - ⑤診療項目(〇〇検査、〇〇薬等)とそれぞれの料金
- ご提出いただいた診療明細書等の**原本はご返却できません**ので予めご了承ください。
- 診療明細書および領収書やレシートは、**のり付けやホチキスをせずに、診療日の古い順に並べ替えのうえ、封筒へお入れください。**
- 保険金請求権の時効は3年です。お早めに保険金をご請求ください。
- お支払いする保険金には**限度額**があります。
- 下記の事例など保険金をお支払いできない場合があります。詳しくは、約款や重要事項説明書をご参照ください。

【保険金をお支払いできない場合(一部)】

項目	内容
保険期間前に被った傷病	保険期間が始まる前にすでに被っていた傷病
入院・通院	▶通院の診療費 ▶手術を伴わない入院、手術と連続していない入院*の診療費 *手術前の検査等で入院したが、一度帰宅や退院をした場合や、手術後に一度退院した以降に再度入院した場合をいいます。
最低支払対象治療費	補償の対象となる額が30,000円(最低支払対象治療費)に達しない場合
予防費用等	▶ワクチン接種費用、健康体に行われる検査、健康診断 ▶去勢、避妊、歯石取り、歯切り・歯削り(不正咬合を含みます)、爪切り(狼爪の除去を含みます)、耳掃除、肛門腺しぼりおよびこれらに伴う処置ならびに乳歯遺残、停留牽丸、臍ヘルニア、そけいヘルニアに対する処置 ※他の傷病の治療の手段としてこれらの処置またはこれらに対しての処置を行った場合を除きます。
その他	▶シャンプー剤(効果・効能、薬剤の種別を問わず、シャンプーの用途に用いられるもの)、イヤークリーナー ▶獣医師が処方する医薬品以外のもの(サプリメント等の健康補助食品、医薬品指定のない漢方薬、医薬部外品等)

請求書類
送付先

〒209-8790 日本郵便株式会社 東京多摩郵便局
私書箱第35号 TOPPAN(株)内
第一アイペット損害保険株式会社 保険金請求受付係 行

切手不要

封筒貼付用
あて先シート
はこちら→



第一アイペット損害保険株式会社 行

私は、本請求書に記載した内容に相違ないことを確認し、【個人情報の利用目的】、【医療照会】および【留意事項】に同意したものと自署の上、以下の傷病について関係書類を添付し保険金を請求します。

【個人情報の利用目的】保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者（動物病院、損害保険会社、少額短期保険会社、共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またこれらの者から提供を受けることがあります。

【医療照会】当社は、事実確認を行うために関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、保険金請求のあった診療に関する情報の提供（治療、検査、関連する他の診療等に関する説明を含む）を求めることがあります。

この保険金請求書は うちの子 Light! 専用です <input type="checkbox"/> 確認しました	記入日	20	年	月	日
証券番号（申込番号）	ペット名	フリガナ			

保険金請求者	請求者住所	〒 - 建物の名称までご記入ください	請求者生年月日	西暦	年	月	日							
	<input type="checkbox"/> 登録の被保険者住所と同じ		日中連絡のとれる電話番号（携帯）	SMS（ショートメール）をお送りする場合があります										
	請求者名	フリガナ	保険証記載の「被保険者」との関係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 同居の親族 <input type="radio"/> 別居の未婚の子										
		署名（自署）	親権者署名											
	<input type="checkbox"/> 口座名義人（カタカナ）	▲ 保険金請求者ご本人様以外の口座にはお支払いできません	セイ	メイ	保険金請求者ご本人名義の口座を指定してください									
	通帳を確認の上、正確にご記入ください	ゆうちょ銀行以外の金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 営業所	預金種目 <input checked="" type="radio"/> ① 普通（総合） <input type="radio"/> ② 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号									
	※過去にご指定の口座でも、改姓や解約等によりお振込みができない場合があります。必ず保険金受取口座のご指定をお願いします。	カギをつける <table border="1"> <tr> <td>上につきあげる</td> <td>とじる</td> </tr> <tr> <td>6 7 9 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>カギをつける</td> <td>とじる まるく</td> </tr> </table>	上につきあげる	とじる	6 7 9 0		カギをつける	とじる まるく	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	通帳番号	1
上につきあげる	とじる													
6 7 9 0														
カギをつける	とじる まるく													

第一アイペット以外のペット保険契約	他社の保険会社名	商品名	証券番号
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合は詳細をご記入ください	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

ケガをした日 / 症状があらわれた日 *1	手術日	入院期間
20 年 月 日	20 年 月 日	月 日 ~ 月 日
診断名もしくは症状名 ※必ずご記入ください		
手術の内容または名称		
手術に至った経緯（詳細）*2		
手術を受けた動物病院名		
担当医師名	連絡先	
かかりつけの動物病院名 ※上記と異なる場合のみご記入ください		

*1 「ケガをした日」については、ケガの原因となった事故発生の時。「症状があらわれた日」については、獣医師の診断による発病の時（ただし、先天性異常については獣医師の診断によりはじめて発見された時）。




*2 手術に至った経緯の詳細をご記入ください。（例：3週間前（〇年〇月頃）に足を痛がっており、通院して薬を飲んでいたが、1週間前（〇年〇月〇日頃）に歩けなくなったため、動物病院に再度行ったところ、手術することとなった等）

STEP 1 まずは、保険金請求を希望する商品を選ぶ

お手元の保険証等をご確認のうえ、保険金請求を希望する商品をお選びください。商品により、記入する用紙の種類が異なります。
「うちの子ライト」と「それ以外の商品」双方で請求希望の場合は、それぞれの保険金請求書が必要です。

<p>通院・入院・手術をフルカバーする商品で保険金を請求する</p>				<p>保険金請求書 兼 同意書</p> 
<p>手術費用をカバーする商品(最低支払対象治療費*3万円以上)で保険金を請求する</p>		<p>*保険金の支払対象となる診療費が、3万円に達しない場合は保険金を支払いません</p>		<p>手術保険金請求書 兼 同意書</p> 

STEP 2 保険金請求書類を用意する

<p>マイページからダウンロード</p> <p>ご請求者さま情報(証券番号やペット名など)のご記入が不要となりますので、大変便利です。(ドコモのペット保険を除く)</p> 	<p>コンビニ印刷(料金無料)</p> <p>対象のコンビニ・操作手順などは当社ホームページよりご確認ください。 ホームページから請求書類をダウンロードすることも可能です</p> 	<p>当社より郵送</p> <p>取寄せフォームよりご依頼いただけます。ただし、住所等、郵送に必要な情報をご入力いただく必要があります。</p> 
--	---	---

STEP 3 動物病院発行の診療明細書を用意する

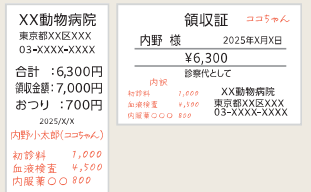
5つの項目が漏れなく記載されていることを確認のうえ、**動物病院にて発行される診療明細書をご用意ください。**

- ① 診療を受けられた方(被保険者)氏名
- ② ペットのお名前
- ③ 動物病院情報(病院名・所在地・電話番号)
- ④ 診療日
- ⑤ 診療項目(〇〇検査、〇〇薬等)とそれぞれの料金

診療明細書 XX動物病院 東京都XX区XXX 03-XXXX-XXXX


内野小太郎様(ココちゃん)

初診料	1,000
点滴	4,500
内服薬〇〇	800
2025/X/X	合計:6,300円

<p>診療明細書が発行されない・手元にない場合</p>	<p>上記5つの項目が漏れなく記載されているレシートや領収書をご用意ください。 【5つの項目の記載がない場合】 右のように、レシートまたは領収書へ、5つの項目および『診療項目(〇〇検査、〇〇薬等)とそれぞれの料金』の内容を診療を受けた動物病院に補記していただく。</p>	
-----------------------------	---	---

レシートや領収書が手元にない場合

第一アイペット指定の診療明細書(各商品共通)を用意のうえ、実際に診療を受けた動物病院へ記入をご依頼ください。右の二次元バーコードより、取寄せが可能です。
文書発行・作成費用が発生する場合には、お客さまのご負担となります。



STEP 4 『保険金請求書』または『手術保険金請求書』を記入する

裏面の「記入例」を確認のうえ、ご記入ください

STEP 5 定型封筒にて当社へご郵送ください


保険金請求書と診療明細書の準備ができましたら、定型封筒にて当社までご郵送ください。

書類送付先 〒209-8790 日本郵便株式会社 東京多摩郵便局 私書箱第35号
 TOPPAN(株)内 第一アイペット損害保険株式会社 保険金請求受付係 行

- ・機械処理をするため、同封筒にホチキス・のり付け、同封書類へレシートの貼り付けをしないでください。
- ・動物病院でお受取りの診療明細書やレシートは診療日の古い順に並び替えのうえ、投函をお願いします。
- ・ご提出いただいた診療明細書等の書類はご返却できませんのであらかじめご了承ください。

返信用封筒はこちら

封筒貼り付け用
あて先シートはこちら



切手不要

保険金請求書記入例

※ 機械処理をするため、付箋やホチキス、のり付けをしないでください。

Daichi pet うちの子—一生の愛を
保険金請求書 兼 同意書

① 「うちの子ライト」は用紙が異なります。記入前に別紙の「保険金請求書記入例」をご確認ください。

第一アイペット損害保険株式会社
 私は、本請求書に記載した内容に相違ないことを確認し、【個人情報利用目的】、【医療情報利用目的】、【医療情報および留置事項】に同意したものと自覚の上、以下の欄面について関係書類を添付し保険金を請求します。
【個人情報利用目的】保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否）、共済、保険事故の当事者等、業務委託（保険（運送を含む））その他
 【医療情報】当社は、事実確認を行うために関係者（医療機関関係者を含む）業務上に対して提供を行います。またこれらの者から提供を受けることがあります。対し、保険金請求のあり、診療に関する情報の提供（治療、検査、関連する他の診療等に関する説明を含む）を求められることがあります。

保険金請求希望の商品をお選びください
 うちの子 うちの子Cine うちの子Cine+ うちの子Cine+1

契約日 2024年 8月 15日

証券番号 (申込番号) **0123456789** ペット名 フリガナ **ココ**

請求者住所 〒123-4567 東京都江東区豊洲0-0-0 NBF豊洲ガーデンフロントOF
 請求者生年月日 西暦 19XX年 2月 22日
 日中連絡のしるし SMS(ショートメール)をお送りする場合があります
 登録の被保険者氏名と同一 **090-1234-5678**

請求者名 フリガナ **ウチノハナコ** 保険証記載の「被保険者」との関係 (本人) 配偶者 (西暦の親族) 別居の未婚の子
 請求者名 **内野(花子)** 親権者署名 **内野 小太郎**

口座名義人 (カカナ) **ウチノハナコ** 口座にはお支払いできません

通院情報
 通院日 2024年 5月 5日 診断名または症状 **外耳炎** ケガをした日または症状が現れた日 2024年 5月 1日
 入院日 2024年 6月 1日 診断名または症状 **下痢・嘔吐** ケガをした日または症状が現れた日 2024年 6月 1日
 入院日 2024年 8月 1日 診断名または症状 **左前脚の骨折** ケガをした日または症状が現れた日 2024年 8月 1日
 手術日 2024年 8月 2日 診断名または症状 **左前脚の骨折** ケガをした日または症状が現れた日 2024年 8月 1日

保険金請求を希望する商品をお選びください

うちの子ライトにて請求を希望する場合は、**手術保険金請求書**をご用意のうえ、**うちの子ライトに✓をいれてください。**

「うちの子ライト」と「それ以外の商品」の双方で 請求を希望される場合は、**それぞれの保険金請求書**が必要です。

お手元の保険証等をご確認のうえ、証券番号をご記入ください

証券番号がご不明の場合は、選択された商品にてお手続きを進めます。証券番号はwebからお問合せいただけます。

保険金請求者は、以下の範囲の方に該当する方をご記入ください

1. 保険証券等記載の被保険者（記名被保険者）
 2. 記名被保険者の配偶者（内縁の相手方*1および同性パートナー*2を含みます）
 3. 記名被保険者またはその配偶者の同居の親族
 4. 記名被保険者またはその配偶者の別居の未婚の子
- *1 婚姻の届出をしていないもの、事実上婚姻関係と同様の事情にある方をいいます。
 *2 戸籍上の性別が同一であるものの、婚姻関係と異なる程度の実質を備える状態にある方をいいます。
 ※内縁の相手方および同性パートナーは、婚姻の意思(同性パートナーの場合は、パートナー関係を将来にわたり継続する意思)をもち、同居により婚姻関係に準じた生活を営んでいる場合に限り、配偶者を含みます。

親権者署名

保険金請求者が未成年の場合は親権者の同意(署名)が必要です。

口座名義人

『保険金請求者』と同じ方をご記入ください。

口座番号

右づめでご記入のうえ、空欄になる場合は“0”をご記入ください。

通院

通院はこちらにご記入ください。6通院以上ある場合は**2枚目**の保険金請求書をご用意ください。2枚目以降も請求を希望する商品や証券番号を記入のうえ、**請求者名のご記入(自署)**をお願いします。(2枚目以降の口座情報は記入不要です)

診断名または症状

複数ある場合は、全てご記入ください。異なる診断名・症状や複数日に渡って診療を受けた場合も保険金請求はまとめて行うことができます。

入院
 入院はこちらにご記入ください。

手術
 手術はこちらにご記入ください。

うちの子 Light の請求を行う場合

ケガをした日 / 症状があらわれた日*1 2024年 5月 1日 手術日 2024年 5月 7日 入院期間 5月 1日～ 5月 8日

診断名もしくは症状名 ※必ずご記入ください **胃切開**

手術の内容または名称 **5月1日に誤ってペットシーツの一部を飲み込んだため、開腹手術を行った。**

手術に至った経緯(詳細)*2

手術を受けた動物病院名 **第一アイペット動物病院**

担当医師名 **東京 花子** 連絡先 **03-1234-5678**

かかりつけの動物病院名 ※上記と異なる場合のみご記入ください **うちの子犬猫病院**

*1 「ケガをした日」については、ケガの原因となった事故発生の時、「症状があらわれた日」については、獣医師の診断による発病の時(ただし、先天性異常については獣医師の診断によりはじめて発見された時)。
 *2 手術に至った経緯の詳細をご記入ください。(例: 3週間前(○年○月○日)に足を痛がっており通院し薬を飲んでいましたが、1週間前(○年○月○日)に歩けなくなったため、動物病院に再度行ったところ、手術することとなった)

ケガをした日 / 症状があらわれた日

- ・「ケガをした日」については、ケガの原因となった事故発生の時を指します。
- ・「症状があらわれた日」については、獣医師の診断による発病の時(ただし、先天性異常については獣医師の診断により初めて発見された時を指します。)

手術に至った経緯(詳細)

手術に至った経緯を詳細にご記入ください。具体的な日付がわかれば併せて記載をお願いします。
【例】3週間前(○年○月○日)に足を痛がっており通院し薬を飲んでいましたが、1週間前(○年○月○日)に歩けなくなったため、動物病院に再度行ったところ、手術することとなった。

封筒貼付用あて先シート

診療明細書・レシートは保険金請求書や台紙にのり付けせず、そのまま封筒へお入れください。

ご使用方法

⚠ 注意事項

- 保険金請求書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。また、第三者へ譲渡されないようお願いいたします。
- 当用紙は、拡大・縮小、サイズ変更等をしないで印刷してください。
- 硬貨や切手を同封しないでください。アイペットから金券類の郵送をお願いすることはありません。
- 保険契約の解約・各種変更書類は同封できません。別途専用の封筒をご利用ください。

- ① 定型サイズの封筒をご用意ください。
長型3号サイズ(120×235mm)推奨
- ② 切り取った「封筒貼付用あて先シート」に
お客さまのご氏名を記入し、封筒の表面に剥がれないように全面のり付けしてください。



- ③ 記入漏れ・書類不備の多い箇所のチェックをお願いします。

保険金請求書

- 1 保険金を請求される方
 - 請求者名のフリガナを記入していますか？
 - 請求者本人が自署していますか？
 - 日中連絡のとれる電話番号(携帯)を記入していますか？
- 2 保険金の受取口座
 - 保険金請求者と同一名義の口座を記入していますか？
※夫婦・家族であっても、請求者と別名義の口座には振込みできません

動物病院発行の診療明細書・レシート

- 実際に診療を受けたペット名が記載されていますか？
※記載がない場合は診療実態の確認を行う場合があります
- 動物病院情報(病院名・所在地・電話番号等)がすべての診療明細書やレシートに記載されていますか？
- 診療日の古い順に並び替えのうえ、封入していますか？
※ホチキス・のり付け・書類同士のテープ貼りをしないでください(クリップ可)

- ④ 必要な書類を封筒に入れ、剥がれないようにしっかりと閉封してください。
- ⑤ ポストへ投函してください。**切手の貼付は不要です。**

封筒貼付用あて先シート

キリトリ線 ✂

料金受取人払郵便

東京多摩局
承 認

2425

209-8790

6 3 0

定型郵便物

差出有効期間
2028年3月31日
まで

(受取人)
日本郵便株式会社
東京多摩郵便局 私書箱第35号
TOPPAN(株)
第一アイペット損害保険株式会社
保険金請求受付係 行

保険金請求書類在中

各種変更書類や申込書を送付される場合は
別途専用の封筒をご利用ください

ご住所・お名前のご記入をお願い致します。

〒

ご住所

お名前

うちの子に一生の愛を

E0018-13(25.12)

各種手続きに関する
お問合せはこちらまで

第一アイペットWEBサイト内
「各種お問合せ窓口」

第一アイペット 問合せ 検索
<https://www.ipet-ins.com/contact/>

