


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)					
ペット名		ペット種類			
ペット性別		<input type="checkbox"/> ♂(オス) <input type="checkbox"/> ♀(メス)		ペット生年月日 西暦 20 年 月 日生(歳 か月)	
診断内容 ① 診断内容 ② 診断内容 ③ 診断内容 ④	障害名	腫瘍の場合 <input type="checkbox"/> 良性 <input type="checkbox"/> 悪性		原因・診療内容など	
	初診日	西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 完治(西暦 20 年 月 日)			
	障害名	腫瘍の場合 <input type="checkbox"/> 良性 <input type="checkbox"/> 悪性		原因・診療内容など	
	初診日	西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 完治(西暦 20 年 月 日)			
障害名	腫瘍の場合 <input type="checkbox"/> 良性 <input type="checkbox"/> 悪性		原因・診療内容など		
初診日	西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 完治(西暦 20 年 月 日)				<input type="checkbox"/> 先天性の疾病である
障害名	腫瘍の場合 <input type="checkbox"/> 良性 <input type="checkbox"/> 悪性		原因・診療内容など		
初診日	西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 完治(西暦 20 年 月 日)				<input type="checkbox"/> 先天性の疾病である
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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 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	
-------	-----	--

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、以下の内容をご確認いただき、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。

① 診断書のご記入をお願いいたします。

裏面の診断書にご記入をお願いいたします。

② 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 C 飼い主さま D ペット	犬 D まるちゃん	明細書発行日：20xx年4月10日	
診療実施日	薬品名等の明細内訳	単価	数量
4月10日	診察料	1,000	1
	検便料（直接法）	500	1
	皮下注射料	1,500	1
	プリンペラン（消化機能改善薬）	20	5
	アルサルミン（胃粘膜保護剤）	20	5
	合計	3,200	
	消費税	320	
	税込金額	3,520	

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

通院1日目

診療明細書がレシート・計算書の場合

診療明細書（通院）	
飼い主さま C 飼い主さま D ペット	犬 D まるちゃん
明細書発行日：20xx年4月11日	
診療実施日	薬品名等の明細内訳
4月11日	再診料
	皮下注射料
	合計
	消費税
	税込金額

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

通院2日目

プリズムコール動物病院	
飼い主さま C 飼い主さま D ペット	犬 D まるちゃん
明細書発行日：20xx年4月10日 10:30	
担当医師：仙台 次郎	
診察代	¥1,100
検便料	¥550
皮下注射料	¥1,650
内服薬① プリンペラン	¥110
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

プリズムコール動物病院	
飼い主さま C 飼い主さま D ペット	犬 D まるちゃん
明細書発行日：20xx年4月10日 10:30	
担当医師：仙台 次郎	
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

診療明細書（入院）			
飼い主さま C 飼い主さま D ペット	犬 D たろすけちゃん	明細書発行日：20xx年4月15日	
診療実施日	薬品名等の明細内訳	単価	数量
4月12日	入院料	3,000	1
	子宮膣部手術料	50,000	1
	麻酔料	8,000	1
	X線検査	1,500	2
	血液検査 CBC 血液塗抹	1,500	2
	血液生化学検査 10項目	3,000	1
	超音波検査	2,500	1
	静脈点滴	5,000	1
	皮下注射	1,000	2
	内服薬（肝機能改善剤）ウルソ50	100	5
4月13日	静脈点滴	5,000	1
	皮下注射	1,000	2
	入院料	3,000	1
4月14日	静脈点滴	5,000	1
	皮下注射	1,000	2
	入院料	3,000	1
4月15日	静脈点滴	5,000	1
	皮下注射	1,000	2
	入院料	3,000	1
	診断書費用	1,500	1
	合計	111,500	
	消費税	11,150	
	税込金額	122,650	

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。

- A 動物病院名
- B 診療実施日
- C 飼い主さま（被保険者）名
- D ペット名
- E 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 A～E 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 2-1-1 仙台銀行ビル 7F

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

<https://www.sbiprism.co.jp/contact.html>