

# 診療明細書

## 被保険者様へ

- ◆ 動物病院様発行の診療領収明細書がない(診療費の内訳等がない)場合は、本用紙をご作成ください。
  - ◆ 本用紙と領収書の原本が必要となりますので、必ず一緒にご送付ください。
- 注) 領収書等の請求書類はご返却できませんので、必要に応じてコピーをしていただき保管ください。
- ◆ 本用紙は 1 回の診療につき 1 枚の作成をお願いします。

## 【被保険者様ご記入欄】

|                  |   |      |     |      |
|------------------|---|------|-----|------|
| 被保険者氏名<br>(飼い主様) | 様 | ペット名 | ちゃん | 証券番号 |
|------------------|---|------|-----|------|

## 動物病院様へ

楽天損害保険のペット保険契約者様が、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、以下項目についてご記入くださいますようお願い申し上げます。

ご不明点がございましたら、0120-939-851 まで、お問合せください。(当社委託先が承ります。)

※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。訂正箇所には必ず訂正印をお願いいたします。

|       |   |
|-------|---|
| 動物病院名 |   |
| 獣医師名  | 印 |
| 住所    |   |
| 電話番号  |   |

## 【動物病院様ご記入欄】

|              |                |                             |          |      |     |
|--------------|----------------|-----------------------------|----------|------|-----|
| 診療日          | 20 年 月 日       | 発症(症状があらわれた)日<br>発生(ケガをした)日 | 20 年 月 日 | ペット名 | ちゃん |
| 傷病名<br>(症状名) | ※詳しい症状をご記入ください |                             |          |      |     |

※各欄で該当する項目があれば○で囲んでください。該当がない場合は[ ]内にご記入をお願いします。

|              | 保険対象項目                   | 金額(税込) | 保険対象外項目                         | 金額(税込) |
|--------------|--------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| 診察料          | 初診料 ・ 再診料                | ¥      | 時間外加算・休日加算・往診料<br>[ ]           | ¥      |
| 入院<br>預り料    | 入院期間<br>( 月 日 ~ 月 日 )    | ¥      | 預り料・ホテル料<br>[ ]                 | ¥      |
| 注射・輸血<br>輸血料 | 注射・点滴<br>[ ]             | ¥      | [ ]                             | ¥      |
| 予防接種<br>予防薬  | [ ]                      | ¥      | ワクチン・フィラリア予防薬・ミダニ予防薬<br>[ ]     | ¥      |
| 処置料          | 皮膚・耳・眼・投薬・薬浴<br>[ ]      | ¥      | 爪切り・肛門腺しぼり・耳掃除・歯石取り・歯切り<br>[ ]  | ¥      |
| 検査料          | 糞便・尿・血液・X線・皮膚・耳・眼<br>[ ] | ¥      | フィラリア抗原検査・mf検査・健康時の各種検査<br>[ ]  | ¥      |
| 内服薬          | ※薬名をご記入ください<br>[ ]       | ¥      | サプリメント・漢方薬・ビタミン剤等の健康食品<br>[ ]   | ¥      |
| 外用薬          | 点眼・点耳・点鼻<br>[ ]          | ¥      | 薬用シャンプー・イヤークリーナー<br>[ ]         | ¥      |
| 麻酔料          | 全身・局所<br>[ ]             | ¥      | 健康体への処置に伴う麻酔<br>[ ]             | ¥      |
| 手術料          | 手術日( 月 日)<br>手術内容[ ]     | ¥      | 去勢/不妊手術・停留睪丸・臍ヘルニア<br>[ ]       | ¥      |
| その他          | [ ]                      | ¥      | 療法食・文書料・トリミング・カウンセリング・割引<br>[ ] | ¥      |
| その他          | [ ]                      | ¥      | 代替医療または減感作療法<br>[ ]             | ¥      |
| ① 保険対象 小計    |                          | ¥      | ② 保険対象外 小計                      | ¥      |
| ①+②税込総合計額    |                          |        | 円                               |        |