

ペットがいちばん保険 診療明細書 ※動物病院様にご記入いただく書類です。

動物病院様発行の診療明細書がない場合(領収書・レシート・診療明細書に内訳がない)は、
こちらの書類をご作成願います。また、領収書(レシート)の原本が必ず必要となりますので同封のうえご送付ください。

※文書作成費用等につきましては、お客さまのご負担となりますので予めご了承ください。
※領収証(レシート)等の請求書類は返却いたしませんので予めご了承ください。
※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。
(2日以上受診された場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。)

- ◎ 太枠内をご記入ください。
- ◎ サインペンまたはボールペンでご記入ください。(消えるインク・鉛筆不可)

動物病院様へ 弊社の被保険者さまがこの診療明細書をご持参された場合は、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いたします。

- ご記入内容の訂正につきましては、動物病院さまのみ有効とさせていただきます。その際の訂正箇所には必ず訂正印を押印ください。
- 記載いただいた内容について確認させていただくことがございますので、予めご了承ください。

被保険者氏名	保険 犬郎 様	診療日	20XX 年 6 月 15 日
ペット名	ねこみちゃん	診断名	咳、嘔吐、下痢
品 種	マンチカン	発症日	20XX 年 6 月 13 日

●該当する項目名がある場合は○で囲んでください。

項目	内容	内容(左記以外)	金額
診察料	初診料 再診料 ()		800 円
入院料	入院期間 月 日 ~ 月 日		円
注射・輸液・輸血料	注射(皮下・筋肉・静脈) 点滴(皮下・静脈)・輸血		円
検査料	血液・便・尿・皮膚 X線 眼・耳・ 超音波・アレルギー・CT・MRI・外部検査		2,000 円
処置料	皮膚・耳・眼・投薬・薬浴		円
手術料	手術日 年 月 日 手術内容()	※手術をされた際は、別紙の手術内容 証明書が必要となります。	円
麻酔料	全身・局所		円
薬剤料	内服 抗生剤 ・消炎剤・胃腸薬		1,200 円
	外用 点眼薬・点耳薬・点鼻薬・塗布剤・消毒薬		円
サプリメント		商品名(製品名)	円
予防処置・予防薬			円
その他			500 円

※動物病院様が発行している明細書・領収書の再発行ができない場合は
していただきご捺印をお願いします。
 消費税 (450) 円
 値引 () 円
 合計 (4,950) 円
 明細書・領収書の再発行はできません ㊞

動物病院様 ご署名・捺印欄	動物病院名	ペットファースト少短動物病院	記載年月日:	20XX 年 6 月 15 日
	住 所	東京都目黒区目黒2丁目10-11	担当獣医師様にご署名と ご捺印をお願いします。 ㊞	
	電話番号	03-1234-XXXX		獣医師署名・捺印

保険会社 使用欄	受付日	20 年 月 日	処理	検印	承認	受付No.
-------------	-----	----------	----	----	----	-------

ペットがいちばん保険 診療明細書

※動物病院様にご記入いただく書類です。

動物病院様発行の診療明細書がない場合(領収書・レシート・診療明細書に内訳がない)は、

こちらの書類をご作成願います。また、領収書(レシート)の原本が必ず必要となりますので同封のうえご送付ください。

※文書作成費用等につきましては、お客さまのご負担となりますので予めご了承ください。

※領収証(レシート)等の請求書類は返却いたしませんので予めご了承ください。

※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。

(2日以上受診された場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。)

◎ 太枠内をご記入ください。

◎ サインペンまたはボールペンでご記入ください。(消えるインク・鉛筆不可)

動物病院様へ 弊社の被保険者さまがこの診療明細書をご持参された場合は、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いたします。

●ご記入内容の訂正につきましては、動物病院さまのみ有効とさせていただきます。その際の訂正箇所には必ず訂正印を押印ください。

●記載いただいた内容について確認させていただくことがございますので、予めご了承ください。

被保険者氏名	診療日	20	年	月	日
ペット名	診断名				
品 種	発症日				
	20	年	月	日	

●該当する項目名がある場合は○で囲んでください。

項目	内容	内容(左記以外)	金額
診察料	初診料・再診料 ()		円
入院料	入院期間 月 日 ~ 月 日		円
注射・輸液・輸血料	注射(皮下・筋肉・静脈) 点滴(皮下・静脈)・輸血		円
検査料	血液・便・尿・皮膚・X線・眼・耳・ 超音波・アレルギー・CT・MRI・外部検査		円
処置料	皮膚・耳・眼・投薬・薬浴		円
手術料	手術日 年 月 日 手術内容()	※手術をされた際は、別紙の手術内容 証明書が必要となります。	円
麻酔料	全身・局所		円
薬剤料	内服	抗生剤・消炎剤・胃腸薬	円
	外用	点眼薬・点耳薬・点鼻薬・塗布剤・消毒薬	円
サプリメント		商品名(製品名)	円
予防処置・予防薬			円
その他			円

※動物病院様が発行している明細書・領収書の再発行ができない場合は

していただきご捺印をお願いします。

明細書・領収書の再発行はできません ㊞

消費税 () 円

値引 () 円

合計 () 円

動物病院様 ご署名・捺印欄	動物病院名	記載年月日:	年	月	日
	住 所				
	電話番号	獣医師署名・捺印			㊞

保険会社 使用欄	受付日	20	年	月	日	処理	検印	承認	受付No.