コピーして何度でもご利用いただけます。

ぷち

被保険者様へ

①「どうぶつ健保」対応病院で手術を受けた場合、本紙の提出は不要です。
② この証明書は**動物病院にて記入**いただいてください。

※同等の内容であれば、動物病院発行の診断書等をご利用いただけます。
※手術内容証明書作成にかかる「文書作成料」等につきましては、保険金をお支払いすることができません。あらかじめご了承ください。
※手術をした場合でも、本紙右上の「手術」の定義に該当しない場合は、入院の限度額内での補償となります。

手術内容証明書

どうぶつ健保における「手術」の定義

診療を目的とし、器具および全身麻酔を用いて、患部または必要部位に切除、切開等を行うことをいいます。（縫合のみの場合は含みません。）
全身麻酔下での歯科処置、整形外科疾患の非観血的処置および食道、胃等における異物除去目的のための内視鏡を用いた処置も含むものとします。

アニコム損害保険株式会社　行

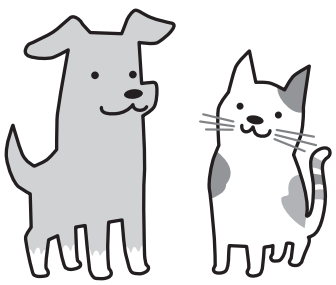
【患者様の情報】

フリガナ			
氏　名		**どうぶつさんのお名前**	

【手術内容の詳細】

傷　病　名		
傷害の受傷原因、または疾病の発症原因（被保険者の申告内容をご記入ください）		
傷害の受傷日、または疾病の発症日	**傷害、または疾病の初診日**	**手術日**
20　年　月　日	20　年　月　日	20　年　月　日
紹介元医療機関	有　（医療機関名称：　　）・　無	
どうぶつ健保における「手術」の定義に関する確認事項（詳細は本紙右上をご参照ください）	【麻　酔】	全身麻酔　局所麻酔　鎮静
	【切開・切除】	切開有　切開・切除 無
	【その他】※該当する場合のみ	食道・胃等における異物除去目的の内視鏡処置　整形外科疾患の非観血的処置　歯科処置（症状あり）
今回の傷病に関して行った手術の概要		
治療期間	通院期間（20　年　月　日 ～ 20　年　月　日　日間）	
	入院期間（20　年　月　日 ～ 20　年　月　日　日間）	
	治癒　転院　継続　死亡　（死亡日：20　年　月　日）	

上記のとおり証明します。　　20　年　月　日



医療機関名

所在地

電話番号

担当獣医師名　　フルネームサインまたは捺印