

# 新型コロナウイルス感染症により自宅療養・宿泊療養された場合の「入院・手術内容報告書」の記入例

●記入事項を訂正される場合は二重線で抹消いただき、合わせて以下のご対応をお願いいたします。

■**個人の場合**:「二重線訂正+署名(姓名)」 ■**法人の場合**:「二重線訂正+役職(代表取締役、経理担当等)+署名(姓名)」  
 ※いずれの場合も、署名(姓名)に代えて「請求者訂正印」でも可。ただし、インク印や豆印は不可。

【例】○○を△△へ訂正する場合

**個人の場合**・・・「~~○○~~ △△ 亜草 太郎」 **法人の場合**・・・「~~○○~~ △△ 代表取締役 亜草 花子」

お客様ご記入用 **必ずご提出ください**

## 入院・手術内容報告書 (兼事故状況報告書)

アクサ生命保険株式会社 御中

「新型コロナウイルス感染症で最初に医療機関を受診した日」を記載してください。

報告者 (受取人または被保険者)	自署 <b>亜草 太郎</b>	親権者 自署	初診日	令和 平成 49年10月30日
被保険者氏名	フリガナ <b>アクサ タロウ</b> <b>亜草 太郎</b>	性別 男 女	生年月日	令和 平成 4年5月15日
入院・手術の原因となった傷病名	<b>新型コロナウイルス感染症</b>		初診日	令和 平成 4年5月15日
入院期間	第1回目	令和 平成 4年5月15日 ~ 令和 平成 4年5月24日		
	第2回目	令和 平成 年 月 日 ~ 令和 平成 年 月 日		
手術内容 (手術を受けた場合に記入してください)	正式手術名 ②		手術日	
	外来手術 入院中手術	左右で一對となる部位・臓器の場合(例:右眼/左眼等)	右 左	令和 平成 年 月 日
入院・手術をした病院または診療所	医療機関名 <b>自宅</b>	TEL	( )	
		担当科 医師名		

療養開始日～療養解除日をご記入ください。

療養開始日：原則「新型コロナウイルス感染症の診断日または陽性判明日」となります。

療養解除日：「自宅やホテルでの療養（隔離）が解除された日」となります。

病気による入院・手術の場合、以降の項目の記入は不要です。

自宅療養の場合・・・「自宅」

宿泊療養の場合・・・「宿泊施設」

※記載可能な場合は具体的な施設名称を記載してください。

交通事故を原因とした請求の場合のみ、下欄の記入をお願いします。

交通事故	自動車運転の有無等	運転中 同乗中 歩行中 その他 ( )
	飲酒	有 無

業務に従事中の事故の有無を記入してください。

仕事での事故ですか?	はい (仕事での事故)	いいえ (仕事での事故でない)
------------	-------------	-----------------