

# 新型コロナウイルス感染症の入院給付金 ご請求専用 (共通)

新型コロナウイルス感染症の入院給付金請求をされる場合は、「入院・手術内容報告書」をご記入いただき、ご提出をお願いします。

## 入院・手術内容報告書「記入例」

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)

「新型コロナウイルス感染症に感染したと診断された日（陽性診断日）」を記載してください。

アクサ生命保険株式会社 御中

<b>報告者</b> <small>(受取人または被保険者)</small>	自署 <b>亜草 太郎</b>	<b>親権者人</b> <small>(後見人)</small>	自署
<b>被保険者氏名</b>	フリガナ <b>アクサ タロウ</b> <b>亜草 太郎</b>	<b>性別</b>	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
<b>入院・手術の原因となった傷病名</b>	<b>新型コロナウイルス感染症</b>		<b>生年月日</b> 令和 <input type="text" value="49"/> 年 <input type="text" value="10"/> 月 <input type="text" value="30"/> 日 昭和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日
<b>入院期間</b>	第1回目	令和 <input type="text" value="4"/> 年 <input type="text" value="9"/> 月 <input type="text" value="30"/> 日	～ 令和 <input type="text" value="4"/> 年 <input type="text" value="10"/> 月 <input type="text" value="6"/> 日
<b>手術内容</b> <small>(手術を受けた場合に記入してください)</small>	<input type="checkbox"/> 外来手術 <input type="checkbox"/> 入院中手術 正式手術名 自宅療養の場合・・・「自宅」 宿泊療養の場合・・・「宿泊施設名」 ご入院の場合・・・「医療機関名」		
<b>入院・手術をした病院または診療所</b>	医療機関名	自宅	

ここから下の欄はご記入不要です。

## 新型コロナウイルス感染症のご請求に関する特設ページ

- ご請求にあたりご不明点がございましたら、公式ホームページの特設ページで詳細をご確認ください。
- 特設ページでは、ご請求に関する「よくある質問」も掲載しておりますのでご利用ください。

**アクサ生命 特設ページ**  
[www.axa.co.jp/customer/covid-19-claim](http://www.axa.co.jp/customer/covid-19-claim)

