

新型コロナウイルス感染症の入院給付金 ご請求専用

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。	
報告者 <small>(受取人または被保険者)</small> 自署 亜草 太郎		親権者 <small>後見人</small> 自署		「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。	
被保険者氏名 フリガナ アクサ タロウ 亜草 太郎		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日 <input type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input checked="" type="text" value="49"/> 年 <input type="text" value="10"/> 月 <input type="text" value="30"/> 日	
入院・手術の原因となった傷病名 新型コロナウイルス感染症		初診日 <input type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input checked="" type="text" value="5"/> 年 <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="10"/> 日		初診日 <input type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input checked="" type="text" value="5"/> 年 <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="10"/> 日	
入院期間 第1回目		<input checked="" type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input checked="" type="text" value="5"/> 年 <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="10"/> 日		<input checked="" type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input checked="" type="text" value="5"/> 年 <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="20"/> 日	
入院期間 第2回目		<input type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日		<input type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日	
「新型コロナウイルス感染症」での入院期間（入院開始日から退院日）を記載してください。 ※退院後にご記入ください。					
手術内容 <small>(手術を受けた場合に記入してください)</small>		正式手術名 ① <input type="radio"/> 外来手術 <input type="radio"/> 入院中手術		手術日 <input type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日	
正式手術名 ② <input type="radio"/> 外来手術 <input type="radio"/> 入院中手術		手術日 <input type="text" value="令和"/> <input type="text" value="平成"/> <input type="text" value="昭和"/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日		「医療機関の名称等」をご記入ください。	
入院・手術をした病院または診療所 医療機関名		〇△病院		TEL 03 (1234) 5678 担当科 呼吸器科 XX先生	
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

