

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」

<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">お客様ご記入用</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">⚠必ずご提出ください</div>		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					
報告者 <small>(受取人または被保険者)</small>	<small>※受取人が法人の場合は法人名をご記入ください。</small> 自署 亜草 太郎	親権者 後見人	自署		
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="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	(令和) (平成) (昭和) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 49年 10月 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	(令和) (平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 5年 5月 10日
入院期間	第1回目	(令和) (平成) (昭和) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 5年 5月 10日	～	(令和) (平成) (昭和) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 5年 5月 20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	(外来手術) (入院中手術) 左右で一对となる部位・臓器の場合 (例: 右眼/左眼等)	手術日	(令和) (平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	正式手術名 ②		手術日	(令和) (平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
入院・手術をした病院または診療所	医療機関名	○△病院		TEL	03 (1234) 5678
				担当科 医師名	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

