

入院状況報告書

(新型コロナウイルス感染症専用)

ご提出書類
(簡易請求制度用)



アクサ生命保険株式会社 御中

記入日	令和 年 月 日	・以下に報告する内容は事実と相違なく、万一事実と異なることが判明した場合には受領した給付金は貴社に返還いたします。 ・貴社より所定の証明書の提出を求められたときは、指定された所定の証明書をあらかじめ提出することに同意いたします。	
請求者 (受取人)			
親権者 後見人	※受取人様が未成年のため親権者様または法定後見人様からのご請求となる場合、親権者様または法定後見人様の氏名をご記入ください。		
傷病者氏名	フリガナ	性別 男 女	生年月日 令和 平成 昭和 大正 年 月 日
入院・療養の原因 となった傷病名	傷病名(例:肺炎、糖尿病、骨折など) 新型コロナウイルス感染症		初診日 令和 平成 年 月 日 傷病発生年月日 令和 平成 年 月 日
入院・療養期間 (日帰り入院を含みます)	第1回目 令和 平成 年 月 日 ~ 令和 平成 年 月 日	第2回目 令和 平成 年 月 日 ~ 令和 平成 年 月 日	集中治療室管理 有 無
前医または 紹介医	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療機関名 その所在地	医師名	
入院先の病院 または 療養先	医療機関名 または 療養先 <input type="radio"/> 病院 (医療機関名:) <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> ホテル	TEL () 担当科 医師名	
提出書類	入院・療養の開始日と入院・療養の終了日(退院日)が記載された証明書コピーをあわせてご提出ください。 <input type="checkbox"/> 診療明細書コピー <input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 保健所・自治体発行の書類コピー (感染の事実と療養指示期間の記載があるもの) <input type="checkbox"/> 退院証明書コピー <input type="checkbox"/> 宿泊・自宅療養証明書コピー <input type="checkbox"/> その他 []		

入院状況報告書（新型コロナウイルス感染症専用） 「記入例」

入院状況報告書 (新型コロナウイルス感染症専用)		ご提出書類 (簡易請求制度用)		「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				
記入日	令和 4 年 1 0 月 1 5 日	・以下に報告する内容は事実と相違なく、万一事実と異なることが判明した場合には受領した給付金は貴社に返還いたします。 ・貴社より所定の証明書の提出を求められたときは、指定された所定の証明書をあらかじめ提出することに同意いたします。		
請求者 (受取人)	亜草 太郎		「新型コロナウイルス感染症の症状が発生した日」を記載してください。	
親権者 後見人	※受取人様が未成年のため親権者様または法定		見人様の氏名をご記入ください。	
傷病者氏名	フリガ アキサ 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 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 大正 4 9 年 1 0 月 3 0 日	
入院・療養の原因 となった傷病名	傷病名(例:肺炎、糖尿病、骨折など) 新型コロナウイルス感染症		初診日 令和 平成 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 大正 5 年 5 月 1 0 日	傷病発生年月日 令和 平成 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 大正 5 年 5 月 0 9 日
入院・療養期間 (日帰り入院を含みます)	第1回目 令和 平成 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 大正 5 年 5 月 1 0 日 ~ 5 年 5 月 2 0 日	集中治療室管理		
前医または 紹介医	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医療機関名 その所在地	「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。	
入院先の病院 または 療養先	医療機関名 または 療養先	<input checked="" type="radio"/> 病院 (医療機関名: 〇△病院) <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> ホテル	TEL 03 (1234) 5678	担当科 医師名 呼吸器科 XX先生
提出書類	入院・療養の開始日と入院・療養の終了日(退院日)が記載された証明書コピー		「医療機関の名称等」をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 診療明細書コピー	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書コピー	<input type="checkbox"/> 保健所・自治体発行の書類コピー (感染の事実と療養指示期間の記載があるもの)	
	<input type="checkbox"/> 退院証明書コピー	<input type="checkbox"/> 宿泊・自宅療養証明書コピー	<input type="checkbox"/> その他 []

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

