

事由コード2 組合員活動中の事故保障 (在宅療養)

・加入者本人及び家族が組合員活動中に、不慮の事故で負傷し、療養した時の治療費とケアに対する保障
 〈保障内容〉 治療費実費

ケア金

〈補足〉 1 申請の保障限度額は 5 万円。

本人の居住する住居内での事故も対象。

留守番の未就学児童も保障範囲とします。行き帰りを含むが、寄り道した場合は対象外。

事故が発生した場合はすみやかに本部共済事務局に連絡。

メガネ、コンタクト、補聴器などは身体の一部と考え、保障範囲とするが 1 年に 1 回。

治療費は、医療機関による治療。(鍼灸等は対象外。但し医師が治療に必要と認めた場合は対象)

〈申請に必要な書類〉

医療機関による治療費領収書 (コピー可)

《申請書》 配送コース 火・水・木・金 AM・PM 担当者：_____ 記入日 年 月 日

グループ名)	組合員コード	事由発生組合員名 (自署)	電話番号
------------	--------	---------------	------

代理申請の場合の申請者名() 組合員コード () 電話番号 ()

代理申請の理由 ()

事由報告

発生日時	年 月 日	時頃
負傷者名		続柄
活動の内容		
負傷の状況		
負傷の原因		
療養期間	年 月 日 ~	年 月 日

ケア報告 ※「配送品預かり」については預かった時間にかかわらず、1 回 1 ケアです。

日付	グループ名.	配送コース	組合員コード	ケア者名	ケア内容 (丸をつける)	ケア時間
)	曜 AP			配送品預かり・配達・家事支援・託児	: ~ :
					配送品預かり・配達・家事支援・託児	: ~ :
					配送品預かり・配達・家事支援・託児	: ~ :
					配送品預かり・配達・家事支援・託児	: ~ :

請求書

1 ケア (2 時間) 600 円

治療費 (実費)	円
ケア金合計	円

グループ名・証明者名 (自署)

* 所定事項記入後、郵送・ファックス又は配送職員へ原則として事由発生時から 60 日以内に提出してください。
 * 代理申請者がケア者の場合と、申請者に給付金が支払われる場合は、他の組合員の証明者サインが必要です。

〈事務局記入欄〉 受付日 年 月 日 受付者 _____ 受付番号 _____
 処理日 年 月 日 処理者 _____