

**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》**

記入日 年 月 日

グループ名	組合員 NO.	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 NO.( )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**

日付	組合員 NO.	ケア者	電話番号	ケア内容（丸をつける）	ケア時間
				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 受付番号 処理日 月 日