

**事由コード6 組合員活動を支える共同購入品受け取り保障**

・加入者本人の組合員活動を支えるための共同購入ケアに対するの保障

〈保障内容〉 ケア金 1回 600円

共同購入品の預かり・配達ケアが対象です。

〈補足〉 共同購入の預かり・配達は何人でやっても

代表者 1名にケア金を支払います。



活動確認者： \_\_\_\_\_

組合員活動の内容

※細則 P.38 を参照

《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 ( )

**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)
	)	曜 AP			配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達
					配送品預かり・配達

**請求書**

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 \_\_\_\_\_