

事由コード11 共同購入品受け取り時の事故保障（入院）

・加入者本人及び家族が共同購入品の受取時に不慮の事故で負傷し、入院した時の治療費とケアに対する保障

保障内容 入院見舞金 1 万円

治療費実費

ケア金

補足 但し、1 申請の保障限度額は 5 万円。（見舞金除く）

同行している家族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本部共済事務局へすみやかに連絡。

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

医療機関発行の治療費領収書（コピー可）

入院を証明するもの（氏名、入院期間、医療機関名が明記されているもの）

《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		
入院期間	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
				配送品受け取り・配達・家事支援・託児	: ~ :
				配送品受け取り・配達・家事支援・託児	: ~ :
				配送品受け取り・配達・家事支援・託児	: ~ :
				配送品受け取り・配達・家事支援・託児	: ~ :
				配送品受け取り・配達・家事支援・託児	: ~ :

請求書

1 ケア（2 時間）600 円

入院見舞金	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