

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》 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		
入院期間	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 受付者 _____ 受付番号 _____

処理日 年 月 日 処理者 _____