

**事由コード12 共同購入品受取時の事故保障（在宅療養）**



・加入者本人及び家族が共同購入品受取時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〉 但し、1申請の保障限度額は5万円。

同行している家族も対象です。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 )	組員コード	事由発生組員名（自署）	電話番号
------------	-------	-------------	------

代理申請の場合の申請者名( )組員コード( )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	: ~ :
					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 \_\_\_\_\_