

**事由コード20 加入者本人の入院に伴うケア保障**

・加入者本人が事故・病気で入院した時のケアに対する保障

【配送品預かり・配達・家事支援・託児】

保障内容 1 ケア 600 円

補足 但し、1 申請の保障限度額は 5 万円。

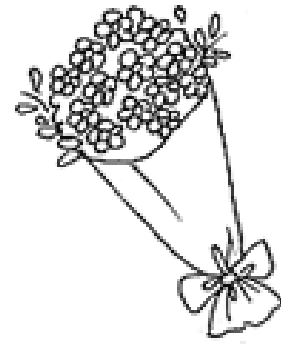
流産、切迫流産、切迫早産、帝王切開手術は病気に含む。

組合員同士であっても家族間のケアは対象外。

申請に必要な書類

ケア金が 1 万円を超える場合は、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) 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**

傷病者	
傷病名	
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

**ケア報告 [ 1 ケアごと ( 2 時間ごと ) に記入 ]**

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[ 2 時間ごと ]
				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	: ~ :
				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**

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、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