

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》 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

傷病名	
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[2時間ごと]
)	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	: ~ :
					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 受付者 _____ 受付番号 _____
 処理日 年 月 日 処理者 _____