

事由コード21 加入者本人の通院・在宅療養に伴うケア保障

・加入者本人が事故・病気で通院・在宅療養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。

医療機関にかかわらず自宅での療養のみの場合も対象とする。

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、通院を証明するもの（コピー可）

《申請書》

記入日 年 月 日

グループ名	組合員 NO.	事由発生者氏名（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	
在宅療養期間	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	: ~ :

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 月 日 受付番号 処理日 月 日