

事由コード 2 2 加入者家族の入院・在宅療養・介護に伴う加入者へのケア保障

・加入者家族が事故・病気で入院・在宅療養・介護した時の加入者へ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。

家族の範囲は、同居・別居を問わず、親・子・配偶者・

祖父母・孫、兄弟姉妹及び兄弟姉妹の配偶者。

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・通院を証明するもの

(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		続柄	
傷病名			
入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	
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	: ~ :
				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