

**事由コード23 加入者家族の出産に伴うケア保障**

・加入者に子供が生まれる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 [1 ケア 2 時間]

保障限度額は 5 万円。

ケア期間は出産をはさんで合計 24 週間とする。

妊娠中・後の定期検診は事由コード 24 の健康促進に伴うケア保障として扱う。

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、出産を証明するもの（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	事由発生者氏名 (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**

出 産 者		続柄	
出 産 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	: ~ :

**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 \_\_\_\_\_

