

**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】

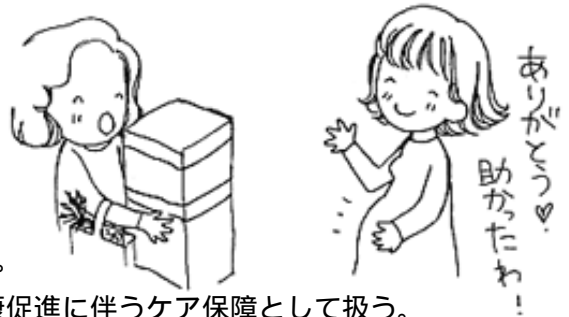
保障内容 1 ケア 600 円。[1 ケア 2 時間]

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》**

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**

出産者	続柄
出産日	年 月 日

**ケア報告 [1 ケア (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