

事由コード24 加入者の健康推進に伴うケア保障

・加入者本人が健康診断などの健康推進活動をする時のケアに対する保障
 (配送品預かり・配達・家事支援、託児など)

〈保障内容〉 1 ケア 600 円 [1 ケア 2 時間]

〈補足〉 加入者本人と子供の健康診断、一般検診、定期検診
 (妊娠、術後の定期検診含む)、歯の検診、予防接種など。
 治療は含みません。

組合員同士でも家族間のケアは対象外。



健康推進活動の内容

《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 ()

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	: ~ :

請求書

ケア金合計	円	グループ名・証明者氏名 (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は、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 _____