

組合員活動保障⑨⑩

※該当する番号に○を付けて下さい。

- ・ ⑨-1 活動中の不慮の事故で入院した場合 入院見舞金 1 万円・治療実費 5 万円
(入院見舞金に回数限度なし、治療実費は単年度通算限度額)
- ・ ⑨-2 活動中の不慮の事故で死亡した場合 弔慰金 1 万 5 千円
- ・ ⑩活動中の不慮の事故で通院した時 治療実費 5 万円 (単年度通算限度額)

支部	班コード	組合員コード	氏名	TEL

事由発生証明書

負傷者名		年齢		歳	続柄	
発生日		年		月		日
活動内容	主催者：					
病院名と住所	病院名：		住所：			
治療期間		年		月		日
傷病名とけがをした時の状況	傷病名 ()					
入院の有無	有 ・ 無		入院を伴う場合		見舞金 10,000 円	
治療費			円			

上記内容を証明します。

署名 _____ 印

※活動の主催者、もしくは申請者以外の組合員に署名をお願いします。

- ・ 本人の居住する住宅内での事故は除きます。ただし、留守番の未就学児童及び見守りを必要とする家族の事故も保障の範囲とします。
- ・ 補聴器・メガネ・コンタクトレンズの修理費も治療費の範囲とします。
- ・ 申請者が参加した活動の主催者の確認を必要とします。
- ・ 治療実費が確定したら、速やかに申請してください (事由発生後、2年間の猶予あり)。

※医療機関発行の治療費領収書等 (死亡の場合は死亡診断書) (コピー可) を添付してください。

* 提出は、毎月 10 日 → 給付金は、翌月の集金引落とし時、共同購入代金と相殺で支払われます。
(給付額は、個人引落とし通知書の「エコロ共済給付」欄に記載します。また、詳細は同時に配付している給付のお知らせで確認下さい。)

事務局記入欄

受付日		年		月		日	担当者	
-----	--	---	--	---	--	---	-----	--