

エコロ共済事由発生書兼請求書

地域生協名 _____

記入日 年 月 日

デポー名・コモンズ名	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 (_____)

[事由内容]

該当する事由にレ印を付けて下さい。

- 事由コード18. 加入者本人の入院に伴うケア保障
- 事由コード19. 加入者本人の在宅療養に伴うケア保障
- 事由コード20. 加入者家族の入院・在宅療養に伴うケア保障
- 事由コード21. 加入者の出産に伴うケア保障

[適応事由] 傷病名は差し支えのない程度にご記入下さい。

傷病者	続柄
傷病名	出産(予定)日(事由コード21のみ)
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
在宅療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日

[ケア報告書] (1ケアごとに記入) ※託児は、お子さん一人につき1ケアでご申請下さい。

日付	組合員No.	ケア者名	登録電話番号	ケア内容(○をつける)	ケア時間(2時間ごと)	ケア金
			- -	デポーへの買物・受取・家事支援・託児	: ~ :	600 円
			- -	デポーへの買物・受取・家事支援・託児	: ~ :	600 円
			- -	デポーへの買物・受取・家事支援・託児	: ~ :	600 円
			- -	デポーへの買物・受取・家事支援・託児	: ~ :	600 円
			- -	デポーへの買物・受取・家事支援・託児	: ~ :	600 円
			- -	デポーへの買物・受取・家事支援・託児	: ~ :	600 円
※電話番号は、生活クラブに登録の番号をご記入ください。						合 計
						円

[請求書]

ケア金合計	円	証明者氏名: _____
--------------	----------	--------------

- * ケア金が1万円を超える場合は、入院や通院、出産を証明するもの(コピー可)をつけて下さい。
- * 所定事項記入後、この請求書はユニオン共済事務局(FAX045-472-0999もしくは郵送)へ提出、デポー組合員はデポーフロアーへ提出して下さい
- * 原則として、事由発生日から60日以内に提出して下さい。
- * 毎月20日までにユニオン共済事務局に届いた申請給付金は、翌月の共同購入代金と相殺になります。
- * 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 (デポー受付日) _____ ユニオン受付日 _____ 受付No. _____
受付者 _____