



生活クラブ京都エル・コープ 御中

下記事由発生内容により、ケア金の請求を致します。

申請者記入欄	支部名		組合員コード		記入日	年	月	日
	フリガナ		印	電話	()			
	氏名			携帯	()			
	住所							

加入者本人及び家族が組合員活動中に不慮の事故で負傷し入院もしくは通院・療養したときの治療費とケア

- ◆行き帰りを含むが、寄り道した経路での事故は対象外
- ◆眼鏡・コンタクトレンズ・補聴器の破損も保障範囲とする（年に1回のみ）
- ◆共同購入品授受時は対象
- ◆同一事故について、給付 NO1 と給付 NO2 からの二重支給はおこないません。
- ◆同一事故で複数の被害が発生した場合、加入者 1 名ごとに限度額までの支給をおこないます。ただし行事保険・ケア者保険の適応を優先し、いずれかの保険が適応された場合はエッコロからの給付は行いません。



申請に必要な書類

医療機関発行の治療費領収書（コピー可）
入院した場合、入院を証明するもの（氏名、入院期間、医療機関名が明記されているもの）

事由報告

発生日時	年	月	日	時	頃
負傷者名				続柄	
活動の内容					
負傷の状況					
負傷の原因					
(入院・療養) 期間 (いずれかに○)	年	月	日	～	年 月 日

ケア活動報告書 兼 請求書 (入院見舞金 1 万円、治療費実費、ケア 1 時間 600 円で申請)(見舞金を除いて上限 5 万円)

回数	発生年月日	ケア者		ケア内容 (家事支援・託児・見守り)	ケア理由 (何のために)	ケア時間
		組合員コード	氏名			
1	20 年 月 日					
2	20 年 月 日					
3	20 年 月 日					
4	20 年 月 日					
5	20 年 月 日					
入院した場合は入院見舞金					1 万円	
治療費 (実費)					円	
ケア金額合計					円	

活動内容	活動責任者サイン
------	----------

記事入務欄局	受付日	20 年 月 日	担当者名
	処理日	20 年 月 日	担当者名

受付番号

【個人情報の取得に関する事項】

事由申請書およびご提出いただいた各書類に記載された個人情報はエッコロたすけあい制度の適切な運用をはかるために活用させていただきます。