

# 組合員活動に関する保障

## ◆組合員活動中の不慮の事故による入院・在宅療養に関する申請書

申請者	ブロック		組合員コード							申請日	年	月	日
	申請者氏名	自署						連絡先(電話)	( )				

### <治療費保障内容>

事由発生報告												
事由発生日	年	月	日	発生場所								
負傷日時	午前・午後	:	頃									
負傷者氏名				続柄	( 才)							
傷病名 (傷病部位)				組合員 活動内容								
療養期間	年	月	日	～	年	月	日	( )	日間			
病院名				病院(電話)	( )							
事故の原因と状況												

### <サポート内容> \*上記の理由により、サポートしてもらった場合

サポート者	ブロック		組合員コード							<input type="checkbox"/> 組合員以外	<input type="checkbox"/> おたすけ隊
	自署 ※親族不可			連絡先(電話) ( )							
サポート内容	月 / 日	サポート内容			サポート金額	月 / 日	サポート内容			サポート金額	
	/				円	/				円	
	/				円	/				円	
	/				円	/				円	

申請金額	<治療費合計>				<サポート金額合計>				申請額合計		
	円				円				円		
※治療費は申請者本人に給付となります。 ※医療機関の領収書(コピー可)が必要です。 ※治療費実費を給付します。				サポート金 300円/30分							

もれなく記入の上、配達時又はデポへ提出ください。

\*サポート者が組合員の場合、給付金はサポート者に支払われます。(共同購入代金と相殺)

\*サポート者が組合員以外の場合、給付金は申請者に支払われます。申請者からサポート者に支払ってください。

※提出期限は原則、事由発生・サポート実施日から60日まで

【個人情報について】このエッコロ制度事由申請書にある個人情報は、会計上必要で法律に定められた期間保管させていただきます。期間を過ぎたものについては、適正な方法で廃棄いたします。

受付日/担当	/ (印)	エッコロC	(印)
ブロック運営会議(事務局長)		(印)	
たすけあい委員会		審議結果	可否
給付月		/	受付NO.
備考	2407		