組合員活動サポート申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日20　　年　　月　　日

**⑨事故の治療費と入院見舞金**

* 本人が活動中の不慮の事故で入院・通院した場合
* 治療実費（単年度通算限度額**50,000円**）
* 入院見舞金**10,000円**（回数限度なし　ただし１事由につき１度）

**＊治療実費確定後６０日以内に提出してください。**

**事由発生証明書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支部 | いずれかに**◯** | 組合員コード | 氏　名 | ＴＥＬ（連絡の取りやすい番号） |
|  | 班 / 個配 / デポー |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発生日 | 年　　　月　　　日 | 発生場所 |  |
| 活動内容 | 　　　　　　 |
| 主催団体名 |  |
| 病院名 |  |
| 病院住所 |  |
| 治療期間 | 　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　 |
| 傷病名とけがをした時の状況 | 傷病名（　　　　　　　　　　　　　） |
| □ 入院 | 見舞金**10,000円** | 申請金額合計 | 　　　　　　　　　　　　**円** |
| □ 治療費 | 　　　円　 |

**上記内容を証明します**署名　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　日

 （申請者以外の組合員・活動主催者・デポー担当者の署名）

・補聴器・メガネ等の身体機能を補う医療器具修理費も治療費の範囲とします。

・組合員活動の定義については、エッコロ制度ガイドブックP8「組合員活動サポート］を参照してください。

・荷分け中、デポーでの買い物中、荷分け場所やデポーからの行き帰りも対象です。ただし、寄り道をした場合は

補償しません。

**※医療機関発行の治療費領収書等（コピー可）を添付してください。**

申請書提出後に開催される「エッコロ福祉委員会」での事由審査を経て翌月・翌々月の給付となります。

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

事務局記入欄