

活動中に加入者及び同居する家族が不慮の事故により入院・通院した時

ブロック・地区	組合員コード							名前

事由発生証明書

負傷者名		年齢		続柄	
病院名		住所			
治療期間	年 月 日 ~		年 月 日		
傷害名とけがをした時の状況	日付 企画名等 _____				
入院の有無	有・無	入院を伴う場合は見舞金 10,000円支給			
治療費	円				

上記内容を証明します。 活動主催者 _____ 印

- ☆ 入院を伴う場合、見舞金1万円+治療費4万円限度。
- ☆ 通院のみの場合、治療費実費4万円限度。
- ☆ 医療機関発行の治療費領収書のコピーを添付してください。
- ☆ 審査後給付金は請求書にのります。

事務局記入欄

受付日	年 月 日	担当者	
審査要不要	必要 不要	記載内容確認	