

**事由発生証明書兼請求書**  
 加入者本人及び家族が活動中に不慮の事故で負傷した時

ブロック・地区	組合員コード	名 前	T E L

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**  
 \* 個配組合員は配送担当者署名

- ☆ 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	