



生活クラブ共済ハグくみケアサービス申請書  
生活クラブ生活協同組合御中

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、必要書類添付の上、申請します。

記入日：西暦 年 月 日

【契約者】

まち	組合員コード	業態	配達コース（事務局記入）（班コード）
契約者氏名		TEL	
自 署 印			

【被共済者】

被共済者氏名	契約者との続柄	被共済者の生年月日
自 署 印		西暦 年 月 日
事由発生年月日		
西暦 年 月 日		
共済事由	<input type="checkbox"/> 病気入院・ケガ入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> ケガ通院 <input type="checkbox"/> 出産	

【ケアサービスの利用】

今回のケアサービスの利用に関してご記入ください		
ケア日 年 月 日	ケア内容	金額
合 計		

- \*ケアサービス給付は、実費給付、但し上限3,000円です。
- \*ケアサービス給付金は、共同購入代金と相殺となります。
- \*利用明細・領収書を添付してください。