

HOYA福祉共済センター 加入員各位

HOYA福祉共済センター

## 介護休職給付金のお知らせ

HOYA福祉共済センターでは、加入員が家族を介護するため休職し、給与を受けられない状況になったときの支援策として、介護休職給付金を給付しています。  
2016年4月より内容の一部が改定されました。給付対象となる方は申請してください。

### 給付対象

加入員が家族を介護するために休職し、給与を受けられないとき

### 給付内容

1日につき標準報酬日額×(80%-雇用保険給付率)を給付

### 給付期間

1回の介護休職につき最長150日

### 施行

2016年4月1日からの介護休職に対して

### 申請方法

【介護休職給付金請求書】に、会社の証明を受けて提出

### お問い合わせ・請求書提出先

事業所総務・人事担当者経由にて書類を提出してください。

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-10-1 日土地西新宿ビル5F  
HOYA福祉共済センター 木野内 03-6756-5107

介護休職給付金請求書 第( )回

健康保険証 記号・番号
-

HOYA福祉共済センター理事長 殿

私は、下記のとおり介護休職を取得したので、共済給付規程に基づき介護休職給付金を請求します。

加入員氏名 \_\_\_\_\_ (印) 振込口座 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_  
支店 \_\_\_\_\_

加入員住所 \_\_\_\_\_ 普通預金 口座No. \_\_\_\_\_  
名義(カナ) \_\_\_\_\_

休職期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで( \_\_\_\_\_ 日間) 復職・休職中

介護対象者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

事業主記載欄

上記記載内容、及び休職期間中に賃金の支払いがなかったことを証明します。

(内、雇用保険からの介護休業給付金の受給期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 日間)

事業主 名称 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

個人情報の取扱いについてのご案内

HOYA福祉共済センターは、本請求書に記載された皆様の個人情報を、共済給付のお支払い以外の目的には利用しません。

支給決定書

受付日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	支給内容	
給付経過	始期 _____ 年 _____ 月 _____ 日	標準報酬月額	( _____ )
	前回までの給付内容	÷ 30 =	標準報酬日額(A)
	_____ 年 _____ 月 _____ 日まで( _____ 円)		( _____ )
			10円未満四捨五入
		A × (80% - _____ %) × 日数 =	給付額
		( _____ ) ( _____ ) ( _____ )	
		円未満四捨五入	
			給付額 _____
			給付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

専務理事		事務長		係	
------	--	-----	--	---	--