

退職者用 旧HOYA福祉共済センター 共済給付金 申請もれ調査依頼票

ver.2026.10.1

まず最初に健保HP（<https://hoya-kenpo.or.jp/kyousai/>）の該当書式を見ていただき、見覚えがないかおよび以下をご確認の上、チェックボックスに「レ」を入れてください

欄に記入してください

- ☐ 支給事由発生日（期間）は5年以内のHOYA健保加入期間中（任継除く）である
家族の場合は被扶養者期間中（任継除く）である * 育英年金は2ヶ月以内の申請を要しますので本調査の対象外です
- ☐ 支給事由発生日以降に調査依頼対象分と思われる「ホーヤフクシキョウサイセンター」からの振込み（原則毎月6日または20日）がない * 当時お使いの全ての口座をご確認ください
- ☐ （下記の給付金の場合）添付書類が用意できる * 添付書類がない場合、支給することができません

差額ベッド給付金	医療機関の料金証明書 または 差額ベッド代の1日単価および対象日数がわかる領収書
ホームヘルプ補助金	ヘルパー料金の1日単価および対象日数がわかる領収書 (業者以外で3親等内の親族以外のヘルパーの場合は、事前に利用申請し、承認された場合のみ支給となりますので、申請もれ調査の対象とはなりません)
埋葬給付金	該当者が死亡したことがわかる書類
介護支援給付金 (注：食費、住居費は対象外)	支給事由当時の介護対象者の要介護度がわかる書類 支給対象者と介護対象者の関係がわかる書類 介護保険の上限を超えて100%自己負担で受けたサービスであることがわかる領収書・明細書

調査依頼日（西暦） 年 月 日 * 調査に時間を要したために5年を超えた場合はこの日を申請日とみなします

本人の情報 退職時の健保 記号 番号 氏名 カナ
退職時の所属会社・事業部 事由当時氏・カナ
退職日（西暦） 年 月 日
生年月日（西暦） 年 月 日

被扶養者の場合 続柄 氏名 カナ

給付金種類 差額ベッド給付金（病名：） 長期入院見舞金（病名：）
（該当の種類に○） ホームヘルプ補助金（業者） 埋葬給付金 介護休職給付金 介護支援給付金

対象期間（西暦） 年 月 日 ～ 年 月 日

連絡先電話 携帯 固定

連絡先メール

住所

備考・伝言 * 対象期間に非対象の日がある場合など、書きにくい点などはこちらへご記入ください

調査者 受付日 調査結果 支給日 連絡日
使用欄