

健康保険 記号番号
-

ホームヘルパー承認申請書 第( )回

私は、下記事由によりホームヘルパーを必要としますので、共済給付受給のための承認をお願いします。

HOYA福祉共済センター理事長 殿

加入員氏名

\_\_\_\_\_ (印)

加入員住所

\_\_\_\_\_

ホームヘルパーの氏名又は紹介所、家事代行業者等名	ホームヘルパーの雇用期間(予定)
加入員とホームヘルパーの間柄	自 年 月 日 至 年 月 日 ( 日間)

雇用事由

\_\_\_\_\_

(注)この承認申請書は、紹介所等を通さず三親等以内の親族以外の方を雇用する場合、提出して下さい。  
※HOYA福祉共済センターは、本申請書に記載された個人情報、共済給付のお支払い以外の目的には利用いたしません。  
※本申請書はHOYA健康保険組合経由でご提出ください。

承認欄

伺 年 月 日	年 月 日	決	専務理事	事務長	担当者
決定年月日	年 月 日	裁			
加入員資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日				
前回承認期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間				
承認期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間				
不承認期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間				