


保険証記号番号
00 - 0000

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

健保 太郎 

加入員住所

〇〇県〇〇市〇〇町1-1

ホームヘルパーの氏名	ホームヘルパーの雇用期間(予定)
未定	自 〇〇年 〇〇月 〇〇日
加入員とホームヘルパーの間柄	至 〇〇年 〇〇月 〇〇日(〇〇日間)
未定	

雇用事由

妻が入院し、家事及び子供の送り迎えのため

(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 裁	専務理事	事務長	担当者
決 定 年 月 日	年 月 日				
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				