

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、給付受給のための承認をお願いします。

HOYA健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名

\_\_\_\_\_

被保険者住所

\_\_\_\_\_

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)
被保険者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健康保険組合は、本申請書に記載された個人情報、給付のお支払い以外の目的には利用いたしません。

承認欄

伺 年 月 日	年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	担当者
決 定 年 月 日	年 月 日				
被保険者資格	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