

記号	番号
-	

ホームヘルプ補助金請求書 第()回

私は、下記事由によりホームヘルパーを雇用したので、給付金規程に基づきホームヘルプ補助金を請求します。

HOYA健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名(フリガナ) _____

振込口座 (被保険者名義口座)

銀行名 _____ 銀行

被保険者住所 _____

支店名 _____ 支店

普通預金口座No. _____ (7桁)

ホームヘルパーの氏名又は紹介所、家事代行業者等名	紹介所、家事代行業者等を利用又は親族以外のホームヘルパーを雇用した期間
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	支払額 支払金額 円 (日額がわかる書類と領収書を必ず添付してください。)

※HOYA健康保険組合は、本請求書に記載された個人情報を、給付のお支払い以外の目的には利用いたしません。

※ここで言うホームヘルパーは、三親等以内の親族以外のホームヘルパーのことです。

※支給日数は183日を限度とする。

支給決定書

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			
被扶養者認定	年 月 日	給付経過	前回までの給付実日数 日間		
支 給 金 額	日当(手数料含む)×70%=日額 日額 円×日数 日= 決定金額 円				