

| | | | | |
|-------|----------|---|---|---|
| 扶養認定日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 扶養削除日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 支給日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| 支給支払決議書 | | | |
|---------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| | | | |
| 備考 | | | |

ひかり健康保険組 御中

乳幼児 予防接種補助金申請書

申請日 年 月 日

| | | | |
|---------------------|--------------|-----------------|--------------|
| 記号・番号 | — | 被保険者氏名 | ① |
| 事業所名 | | 自宅・携帯 電話番号 | — |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 被保険者 名義の 金融機関 | 種別金 銀行コード | 支店コード | 口座番号 |
| | 普通 当座 | 本店 支店 出張所 | フリガナ 口座名義 |

| | | | | |
|---|--|--|--|------------------------------|
| [1]接種内容 ※Oで囲んでください おたふく風邪 B型肝炎(1回目・2回目) | [2]接種者氏名 | [4]予防接種を受けた医療機関名 | | |
| | [3]生年月日 西暦 年 月 日 | [5]接種年月日 西暦 年 月 日 | [6]窓口支払額 円 | |
| [7]居住市区町村名 | [8]市区町村の助成有無 <input type="checkbox"/> あり→[9][10][11]を記入 <input type="checkbox"/> なし→[11]のみ記入 | [9]助成方法 <input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金 | [10]助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部 (円) | [11]補助請求額 ※限度額3,000円 円 |

| | | | | |
|---|--|--|--|------------------------------|
| [1]接種内容 ※Oで囲んでください おたふく風邪 B型肝炎(1回目・2回目) | [2]接種者氏名 | [4]予防接種を受けた医療機関名 | | |
| | [3]生年月日 西暦 年 月 日 | [5]接種年月日 西暦 年 月 日 | [6]窓口支払額 円 | |
| [7]居住市区町村名 | [8]市区町村の助成有無 <input type="checkbox"/> あり→[9][10][11]を記入 <input type="checkbox"/> なし→[11]のみ記入 | [9]助成方法 <input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金 | [10]助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部 (円) | [11]補助請求額 ※限度額3,000円 円 |

※注意事項※

合計 円

- 対象者：6歳以下
- 接種回数：おたふく風邪→年度1回、B型肝炎→年度2回
- 申請方法：この紙の裏面に領収書**原本**を添付してください(下記の領収書記載事項を必ずご確認ください)
- 市区町村による助成を受けた場合は、その差額について3,000円を限度に補助致します
- 接種費用(差額)が3,000円未満の場合は、接種費用実額を申請してください
- 空欄、領収書等の不備がないように提出してください。不備がある場合、補助ができません
- 不備がないもの限り、月末まで提出頂いた分は翌月末に記入頂いた口座にお振込み致します
- 支給決定につきましては個別に通知いたしませんのでご了承ください
- 提出された領収書の返却はいたしません

※ 領収書(原紙)は裏に貼り付けてください ※

■ 確認事項 ■

領収書に下記項目が記載されてあるか確認してください。

- ①受診日、②受診者氏名、③医療機関名、
④予防接種名(具体的に)、⑤1回の接種金額

■ 問合せ先 ■
ひかり健康保険組合
TEL:03-5951-7422 | MAIL:info@hikarikenpo.or.jp
<http://www.hikarikenpo.or.jp>

| | | | |
|------------|----|---|-----|
| 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 健康保険組合の記入欄 | | | |
| 支給日 | 令和 | 年 | 月 日 |

| | | | |
|------------|--|--|--|
| 支給支払決議書 | | | |
| 健康保険組合の記入欄 | | | |

ひかり健康保険組合 御中

乳幼児 予防接種補助金申請書

申請日 2019年 2月 1日

※自署の場合、捺印不要

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|------------------|-----------------------|
| 記号・番号 | 1 - 12345 | 被保険者氏名 | 健康 太郎 (印) |
| 事業所名 | 株式会社 光通信 | 自宅・携帯 電話番号 | 090 - 1234 - 5678 |
| 自宅住所 | 〒 171-1234 東京都豊島区南池袋1-2-3 光ハイツ101号 | | |
| 被保険者 名義の 金融機関 | 種別金 普通 当座 | 銀行コード 0 0 0 5 | 支店コード 5 6 8 |
| | 三菱UFJ 銀行 | 池袋西口 | 口座番号 0 1 2 3 4 5 6 |
| | | フリガナ | ケンコウ タロウ |
| | | 口座名義 | 健康 太郎 |

| | | |
|---|---|---|
| [1]接種内容 ※○で囲んでください おたふく風邪 B型肝炎(1回目・2回目) | [2]接種者氏名 健康 花子 | [4]予防接種を受けた医療機関名 ひかりクリニック |
| | [3]生年月日 西暦 2018 年 4 月 9 日 | [5]接種年月日 西暦 2018 年 12 月 8 日 |
| | | [6]窓口支払額 8,000 円 |
| [7]居住市区町村名 東京都豊島区 | [8]市区町村の助成有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり→[9][10][11]を記入 <input type="checkbox"/> なし→[11]のみ記入 | [9]助成方法 <input checked="" type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金 |
| | [10]助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input checked="" type="checkbox"/> 一部(3,000 円) | [11]補助請求額 ※限度額3,000円 3,000 円 |

| | | |
|---|---|--|
| [1]接種内容 ※○で囲んでください おたふく風邪 B型肝炎(1回目・2回目) | [2]接種者氏名 健康 一郎 | [4]予防接種を受けた医療機関名 ひかりクリニック |
| | [3]生年月日 西暦 2016 年 8 月 1 日 | [5]接種年月日 西暦 2018 年 9 月 2 日 |
| | | [6]窓口支払額 2,500 円 |
| [7]居住市区町村名 東京都豊島区 | [8]市区町村の助成有無 <input type="checkbox"/> あり→[9][10][11]を記入 <input checked="" type="checkbox"/> なし→[11]のみ記入 | [9]助成方法 <input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金 |
| | [10]助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部(円) | [11]補助請求額 ※限度額3,000円 2,500 円 |

※注意事項※

- 対象者：6歳以下
- 接種回数：おたふく風邪→年度1回、B型肝炎→年度2回
- 申請方法：この紙の裏面に領収書原本を添付してください(下記の領収書記載事項を必ずご確認ください)
- 市区町村による助成を受けた場合は、その差額について3,000円を限度に補助致します
- 接種費用(差額)が3,000円未満の場合は、接種費用実額を申請してください
- 空欄、領収書等の不備がないように提出してください。不備がある場合、補助ができません
- 不備がないもの限り、月末まで提出頂いた分は翌月末に下記記入頂いた口座にお振込み致します
- 支給決定につきましては個別に通知致しませんのでご了承ください
- 提出された領収書の返却はいたしません

合計 5,500 円

※ 領収書(原紙)は裏に貼り付けてください ※

■ 確認事項 ■

領収書に下記項目が記載されてあるか確認してください。

- 受診日、
- 受診者氏名、
- 医療機関名、
- 予防接種名(具体的に)、
- 1回の接種金額

| |
|---|
| ■ 問合せ先 ■ |
| ひかり健康保険組合 |
| TEL: 03-5951-7422 MAIL: info@hikarikenpo.or.jp |
| http://www.hikarikenpo.or.jp |