

# インフルエンザ予防接種補助金申請書 (令和6年度版)

ひかり健康保険組合 御中

※1家族1度の申請となります。ご家族様分をまとめて申請してください。

|       |   |               |     |
|-------|---|---------------|-----|
| 記号・番号 | — | 被保険者氏名        |     |
| 事業所名  |   | 自宅・携帯<br>電話番号 | — — |
| 自宅住所  | 〒 |               |     |

## 【補助金振込口座】

※被保険者名義の口座をご記入ください。口座番号の桁数が6桁以下の場合は、頭に0を追加し7桁になるようご記入ください。

|      |      |       |                 |      |      |
|------|------|-------|-----------------|------|------|
| 金融機関 | 預金種別 | 銀行コード | 支店コード           | 口座番号 | フリガナ |
|      | 普通当座 | 銀行    | 本店<br>支店<br>出張所 |      | 口座名義 |

|   |        |  |   |
|---|--------|--|---|
| ①資格<br>本人・家族<br><small>※Oで囲んで下さい</small>  | ②接種者氏名 | ③予防接種を受けた医療機関名   | ④接種年月日<br>西暦 年 月 日  |
|   |        |  | ⑤窓口で支払った費用<br>円   |
| ⑥市区町村からの助成の有無<br><input type="checkbox"/> あり→⑦⑧⑨を記入( 市)<br><input type="checkbox"/> なし→⑨のみを記入 |        | ⑦助成方法<br><input type="checkbox"/> 窓口負担の減額<br><input type="checkbox"/> 接種後の返金 | ⑧助成金額<br><input type="checkbox"/> 全額<br><input type="checkbox"/> 一部( 円) |
|   |        |  | ⑨補助請求額<br>※限度額3,000円<br>円   |

|   |        |  |   |
|---|--------|--|---|
| ①資格<br>本人・家族<br><small>※Oで囲んで下さい</small>  | ②接種者氏名 | ③予防接種を受けた医療機関名   | ④接種年月日<br>西暦 年 月 日  |
|   |        |  | ⑤窓口で支払った費用<br>円   |
| ⑥市区町村からの助成の有無<br><input type="checkbox"/> あり→⑦⑧⑨を記入( 市)<br><input type="checkbox"/> なし→⑨のみを記入 |        | ⑦助成方法<br><input type="checkbox"/> 窓口負担の減額<br><input type="checkbox"/> 接種後の返金 | ⑧助成金額<br><input type="checkbox"/> 全額<br><input type="checkbox"/> 一部( 円) |
|   |        |  | ⑨補助請求額<br>※限度額3,000円<br>円   |

補助請求額の合計

合計 円

## 領収書(原紙)貼付欄

※ここに貼りきれない場合はA4用紙に領収書を貼り本申請書と合わせてご提出ください

対象者 ; **ひかり健康保険組合加入者(被保険者、及びその被扶養者)** ※接種日当日に当組合の資格を保有する方  
対象期間 ; 令和6年10月1日～令和7年2月28日接種分  
補助金金額 ; 3,000円(対象期間内で1人につき1回まで)  
※接種費用が3,000円未満の場合は、接種費用実額を申請してください  
※小学生までは2回申請できます(1回あたりの上限3,000円×2回)  
申請期限 ; **令和7年3月14日(金)必着**  
支払日 ; 令和7年4月25日(金)

### ■ 領収書確認事項 ■

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(姓名)
- ③医療機関名
- ④予防接種名(インフルエンザ予防接種代)
- ⑤1回の接種料金額

### ■ 送付先 ■

ひかり健康保険組合  
〒171-0021  
東京都豊島区西池袋1-4-10 光ウエストゲートビル7F  
TEL 03-5951-7422  
MAIL info@hikarikenpo.or.jp  
URL <https://www.hikarikenpo.or.jp/>

# インフルエンザ予防接種補助金申請書 (令和6年度版)

ひかり健康保険組合 御中

※1家族1度の申請となります。ご家族様分をまとめて申請してください。

|       |                                       |               |                   |
|-------|---------------------------------------|---------------|-------------------|
| 記号・番号 | 1 - 12345                             | 被保険者氏名        | 健康 太郎             |
| 事業所名  | 株式会社 光通信                              | 自宅・携帯<br>電話番号 | 090 - 1234 - 5678 |
| 自宅住所  | 〒 123-4567<br>東京都豊島区南池袋1-2-3 光ハイツ101号 |               |                   |

## 【補助金振込口座】

※被保険者名義の口座をご記入ください。口座番号の桁数が6桁以下の場合は、頭に0を追加し7桁になるようご記入ください。

|      |             |               |              |                 |                          |
|------|-------------|---------------|--------------|-----------------|--------------------------|
| 金融機関 | 種別金<br>普通当座 | 銀行コード<br>●●●● | 支店コード<br>▲▲▲ | 口座番号<br>××××××× | 別名義<br>ケンコウ タロウ<br>健康 太郎 |
|------|-------------|---------------|--------------|-----------------|--------------------------|

|   |                 |  |                                 |
|---|-----------------|--|---------------------------------|
| ①資格<br>本人・家族<br>※○で囲んで下さい   | ②接種者氏名<br>健康 太郎 | ③予防接種を受けた医療機関名<br>ひかりクリニック   | ④接種年月日<br>西暦20××年 10月 10日       |
| ⑥市区町村からの助成の有無<br><input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市)<br><input checked="" type="checkbox"/> なし → ⑨のみを記入     |                 |  | ⑤窓口で支払った費用<br>3,500 円           |
| ⑦助成方法<br><input type="checkbox"/> 窓口負担の減額<br><input type="checkbox"/> 接種後の返金                                    |                 | ⑧助成金額<br><input type="checkbox"/> 全額<br><input type="checkbox"/> 一部( 円)                  | ⑨補助請求額<br>※限度額3,000円<br>3,000 円 |
| ①資格<br>本人・家族<br>※○で囲んで下さい   | ②接種者氏名<br>健康 花子 | ③予防接種を受けた医療機関名<br>ひかりクリニック   | ④接種年月日<br>西暦20××年 11月 10日       |
| ⑥市区町村からの助成の有無<br><input checked="" type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(豊島区 市)<br><input type="checkbox"/> なし → ⑨のみを記入 |                 |  | ⑤窓口で支払った費用<br>500 円             |
| ⑦助成方法<br><input checked="" type="checkbox"/> 窓口負担の減額<br><input type="checkbox"/> 接種後の返金                         |                 | ⑧助成金額<br><input type="checkbox"/> 全額<br><input checked="" type="checkbox"/> 一部( 3,000 円) | ⑨補助請求額<br>※限度額3,000円<br>500 円   |

補助請求額の合計

合計 3,500 円

## 領収書(原紙)貼付欄

※ここに貼りきれない場合はA4用紙に領収書を貼り本申請書と合わせてご提出ください

|   |           |     |
|---|-----------|-----|
| 対<br>対<br>補   | 領 収 書 添 付 | する方 |
| 申<br>支  |           |     |
| MAIL info@hikarikenpo.or.jp<br>URL https://www.hikarikenpo.or.jp/ |           |     |

# 領収書（原紙）を添付してください。

対 象 者 ; ひかり健康保険組合加入者(被保険者、及びその被扶養者)

※接種日当日に当組合の資格を保有する方

対 象 期 間 ; 令和6年10月1日～令和7年2月28日接種分

補 助 金 金 額 ; 3,000円(対象期間内で1人につき1回まで)

※接種費用が3,000円未満の場合は、接種費用実額を申請してください

※小学生までは2回申請できます(1回あたりの上限3,000円×2回)

申 請 期 限 ; 令和7年3月14日(金)必着

支 払 日 ; 令和7年4月25日(金)

## ■ 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(姓名)
- ③医療機関名
- ④予防接種名(インフルエンザ\*予防接種代)
- ⑤1回の接種料金額

### ■送付先■

ひかり健康保険組合  
〒171-0021 東京都豊島区西池袋1-4-10 光ウエストゲートビル7F  
TEL 03-5951-7422  
MAIL [info@hikarikenpo.or.jp](mailto:info@hikarikenpo.or.jp)  
URL <https://www.hikarikenpo.or.jp/>