

# 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。

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者氏名	
事業所名		自宅・携帯 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 支店 出張所		口座名義

①資格 本人・家族 <small>※〇で囲んで下さい</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 西暦 年 月 日
			⑤窓口で支払った費用 円
⑥市区町村からの助成の有無 <input type="checkbox"/> あり→⑦⑧⑨を記入( 市) <input type="checkbox"/> なし→⑨のみを記入		⑦助成方法 <input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	⑧助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部( 円)
			⑨補助請求額 ※限度額3,000円 円

①資格 本人・家族 <small>※〇で囲んで下さい</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 西暦 年 月 日
			⑤窓口で支払った費用 円
⑥市区町村からの助成の有無 <input type="checkbox"/> あり→⑦⑧⑨を記入( 市) <input type="checkbox"/> なし→⑨のみを記入		⑦助成方法 <input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	⑧助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部( 円)
			⑨補助請求額 ※限度額3,000円 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。

被保険者証の 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 電話番号	090 - 1234 - 5678
自宅住所	〒123-4567 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。

金融 機関	種別 別金	銀行 コード	支店コード	口座番号						口座 名義	フリガナ
	普通 当座	●●●●	▲▲▲	×××××××	×	×	×	×	×		ケンコウ タロウ
		銀行		本店 支店 出張所						健康 太郎	

①資格 本人・家族 <small>※〇で囲んで下さい</small>	②接種者氏名 健康 太郎	③予防接種を受けた医療機関名 ひかりクリニック	④接種年月日 西暦20××年 10月 10日
⑥市区町村からの助成の有無 <input type="checkbox"/> あり →⑦⑧⑨を記入( 市) <input checked="" type="checkbox"/> なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 <input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	⑧助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部( 円)
⑤窓口で支払った費用 3,500 円		⑨補助請求額 ※限度額3,000円 3,000 円	
①資格 本人・家族 <small>※〇で囲んで下さい</small>	②接種者氏名 健康 花子	③予防接種を受けた医療機関名 ひかりクリニック	④接種年月日 西暦20××年 11月 10日
⑥市区町村からの助成の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり →⑦⑧⑨を記入( 豊島区 市) <input type="checkbox"/> なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 <input checked="" type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	⑧助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input checked="" type="checkbox"/> 一部( 3,000 円)
		⑨補助請求額 ※限度額3,000円 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  
対  
補

申  
支

する方

領 収 書 添 付

MAIL info@hikarikenpo.or.jp

URL https://www.hikarikenpo.or.jp/