

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。

金融機関	預金種別	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	銀行	本店 支店 出張所			名義

①資格	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
本人・家族 <small>※Oで囲んで下さい</small>			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		⑦助成方法	⑧助成金額
<input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市) <input type="checkbox"/> なし → ⑨のみを記入		<input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	<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	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
本人・家族 <small>※Oで囲んで下さい</small>			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		⑦助成方法	⑧助成金額
<input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市) <input type="checkbox"/> なし → ⑨のみを記入		<input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	<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	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
本人・家族 <small>※Oで囲んで下さい</small>			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		⑦助成方法	⑧助成金額
<input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市) <input type="checkbox"/> なし → ⑨のみを記入		<input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	<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	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
本人・家族 <small>※Oで囲んで下さい</small>			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		⑦助成方法	⑧助成金額
<input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市) <input type="checkbox"/> なし → ⑨のみを記入		<input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	<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	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
本人・家族 <small>※Oで囲んで下さい</small>			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		⑦助成方法	⑧助成金額
<input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市) <input type="checkbox"/> なし → ⑨のみを記入		<input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	<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

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	預金種別	銀行コード	支店コード	口座番号	口座名義
	普通 当座	●●●●	▲▲▲	×××××××	ケンコウ タロウ 健康 太郎

①資格 本人・家族 ※Oで囲んで下さい	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
			⑤窓口で支払った費用 3,500 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 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)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 3,000 円
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

①資格 本人・家族 ※Oで囲んで下さい	②接種者氏名 健康 陽子	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 10月 10日
			⑤窓口で支払った費用 3,500 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 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)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 3,000 円
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

①資格 本人・家族 ※Oで囲んで下さい	②接種者氏名 健康 花子	③予防接種を受けた医療機関名 たいようこどもクリニック	④接種年月日 西暦20××年 10月 5日
			⑤窓口で支払った費用 500 円

⑥市区町村からの助成の有無 <input checked="" 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 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
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

①資格 本人・家族 ※Oで囲んで下さい	②接種者氏名 健康 花子	③予防接種を受けた医療機関名 たいようこどもクリニック	④接種年月日 西暦20××年 11月 10日
			⑤窓口で支払った費用 2,500 円

⑥市区町村からの助成の有無 <input checked="" 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 2,500 円
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

①資格 本人・家族 ※Oで囲んで下さい	②接種者氏名 健康 星子	③予防接種を受けた医療機関名 星医院	④接種年月日 西暦20××年 10月 5日
			⑤窓口で支払った費用 1,000 円

⑥市区町村からの助成の有無 <input checked="" 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 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(1,000 円)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 1,000 円
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

①資格 本人・家族 ※Oで囲んで下さい	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 10,000 円

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