

インフルエンザ予防接種補助金申請書（令和7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					口座名義
	普通当座	銀行			本店 支店 出張所										

①資格 本人・家族 ※○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 □ あり →⑦⑧⑨を記入(市) □ なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 □ 窓口負担の減額 □ 接種後の返金	⑧助成金額 □ 全額 □ 一部(円)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 円
①資格 本人・家族 ※○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 □ あり →⑦⑧⑨を記入(市) □ なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 □ 窓口負担の減額 □ 接種後の返金	⑧助成金額 □ 全額 □ 一部(円)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 円
①資格 本人・家族 ※○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 □ あり →⑦⑧⑨を記入(市) □ なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 □ 窓口負担の減額 □ 接種後の返金	⑧助成金額 □ 全額 □ 一部(円)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 円
①資格 本人・家族 ※○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 □ あり →⑦⑧⑨を記入(市) □ なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 □ 窓口負担の減額 □ 接種後の返金	⑧助成金額 □ 全額 □ 一部(円)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 円
①資格 本人・家族 ※○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 □ あり →⑦⑧⑨を記入(市) □ なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 □ 窓口負担の減額 □ 接種後の返金	⑧助成金額 □ 全額 □ 一部(円)	⑨補助請求額 ※限度額3,000円 円
①資格 本人・家族 ※○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 □ あり →⑦⑧⑨を記入(市) □ なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 □ 窓口負担の減額 □ 接種後の返金	⑧助成金額 □ 全額 □ 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7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 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。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	口座名義	別名義
普通 当座	銀行	▲▲▲	本店 支店 出張所	× × × × × × × ×	健康 太郎	ケンコウ タロウ

①資格 本人・家族 ※○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 ☐ あり → ⑦⑧⑨を記入(市) ☒ なし → ⑨のみを記入		⑦助成方法 ☐ 窓口負担の減額 ☐ 接種後の返金	⑧助成金額 ☐ 全額 ☐ 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 ※○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 ☐ あり → ⑦⑧⑨を記入(市) ☒ なし → ⑨のみを記入		⑦助成方法 ☐ 窓口負担の減額 ☐ 接種後の返金	⑧助成金額 ☐ 全額 ☐ 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 ※○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 ☒ あり → ⑦⑧⑨を記入(市) ☐ なし → ⑨のみを記入		⑦助成方法 ☒ 窓口負担の減額 ☐ 接種後の返金	⑧助成金額 ☐ 全額 ☒ 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 ※○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 ☒ あり → ⑦⑧⑨を記入(市) ☐ なし → ⑨のみを記入		⑦助成方法 ☐ 窓口負担の減額 ☐ 接種後の返金	⑧助成金額 ☐ 全額 ☐ 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 ※○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 ☒ あり → ⑦⑧⑨を記入(市) ☐ なし → ⑨のみを記入		⑦助成方法 ☒ 窓口負担の減額 ☐ 接種後の返金	⑧助成金額 ☐ 全額 ☒ 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 ※○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 ☐ あり → ⑦⑧⑨を記入(市) ☐ なし → ⑨のみを記入		⑦助成方法 ☐ 窓口負担の減額 ☐ 接種後の返金	⑧助成金額 ☐ 全額 ☐ 一部(円)
		⑨補助請求額 ※限度額3,000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7年10月1日～令和8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8年3月13日(金)必着

支 払 日 : 令和8年4月24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

〒108-0023 東京都港区芝浦4-16-25 安全ビル4F

TEL 03-6365-1454

MAIL info@hikarikenpo.or.jp

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