

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	フリガナ 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

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)

■ 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
 〒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/

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	種別金	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	銀行	本店 支店 出張所	× × × × × × ×		
						ケンコウ タロウ 健康 太郎

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 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
			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(豊島区 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	

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 助 金 申 支 払 金	領収書添付 TEL 03-6365-1454 MAIL info@hikarikenpo.or.jp URL https://www.hikarikenpo.or.jp/