



## インフルエンザ予防接種 補助金交付についてのご案内

|      |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者  | ひかり健康保険組合に加入されている方（被保険者・被扶養者）                                                                                                                                                                                                                   |
| 対象期間 | 平成 30 年 10 月 1 日 ~ 平成 31 年 2 月 28 日 接種分                                                                                                                                                                                                         |
| 補助金額 | 3,000 円（対象期間内に接種された方 お一人につき一回まで※）<br>※乳幼児は二回まで申請できます（3,000 円×2 回）                                                                                                                                                                               |
| 申請方法 | 補助金申請書に全てご記入の上、領収書の原本を添付し、<br>あわせて下記提出先までご提出ください<br>補 助 金 申 請 書 は 、 ひ か り 健 康 保 険 組 合 の ホ ー ム ペ ー ジ<br>( <a href="http://www.hikarikenpo.or.jp/">http://www.hikarikenpo.or.jp/</a> ) から プリントアウトできます。<br>「申請書一覧」から「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書」を選択してください |
| 提出先  | 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 3-13-5 光 3 号ビル 8F<br>ひかり健康保険組合 宛                                                                                                                                                                                            |
| 申請期限 | 平成 31 年 3 月 15 日（金） 必着                                                                                                                                                                                                                          |
| 注意事項 | 領収書は必ず原本を提出してください<br>また、「受診日」、「受診者氏名」、「医療機関名」、「一回分の接種料金」、<br>内訳に「インフルエンザ予防接種代」との旨がすべて領収書に明記されている<br>か、<br>ご確認ください<br>（明記されていない場合は病院で記入してもらってください）                                                                                               |
|      | 年度ごとに締切があります。期限内に不備のないようにご提出ください                                                                                                                                                                                                                |
|      | 市区町村助成がある場合は、そちらが優先されますのでご了承ください<br>（詳細は、補助金申請書をご確認ください）                                                                                                                                                                                        |
|      | なお、市区町村助成の有無は役所 HP や役所へのお電話でも確認できます                                                                                                                                                                                                             |

インフルエンザ予防接種はあくまで任意です。接種を行う際は必ずかかりつけの医師とご相談ください。





## けんこう通信

ご家庭のパソコンへ、保健事業に関するお便りを配信しております。

ご希望の方は、メールアドレスを添えて、[当組合](#)までお気軽にメールください。

ご相談はこちらから

■こころとからだの健康相談



**0120-835-839**

※携帯電話・ＰＣからも  
ご利用いただけます。



■こころとからだの相談ポータルサイト「健康・こころのオンライン」

### ひかり健康保険組合

〒171-0022 東京都豊島区南池袋 3-13-5 光 3 号ビル 8F

☎03-5951-7422 📠03-5951-9663

2018/09/28