インフルエンザ予防接種補助金申請書 (令和4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	〒		

【被保険者名義】 補助金振込口座

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									

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

補助請求額の合計   合計   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4年10月1日～令和5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5年3月15日(水)必着

支 払 日 ; 令和5年4月27日(木)

■ 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
- 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

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

<mailto:info@hikarikenpo.or.jp>

インフルエンザ予防接種補助金申請書 (令和4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		

【被保険者名義】 補助金振込口座

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

①資格 本人・家族 ※〇で囲んで下さい	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 ※〇で囲んで下さい	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 ※〇で囲んで下さい	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 ※〇で囲んで下さい	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 ※〇で囲んで下さい	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 ※〇で囲んで下さい	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 10,000 円