

インフルエンザ予防接種補助金申請書（令和5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
	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 ※○で囲んで下さい				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	⑨補助請求額
□ あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		□ 窓口負担の減額	□ 全額	※限度額3,000円
□ なし → ⑨のみを記入		□ 接種後の返金	□ 一部(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 ※○で囲んで下さい				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	⑨補助請求額
□ あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		□ 窓口負担の減額	□ 全額	※限度額3,000円
□ なし → ⑨のみを記入		□ 接種後の返金	□ 一部(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 ※○で囲んで下さい				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	⑨補助請求額
□ あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		□ 窓口負担の減額	□ 全額	※限度額3,000円
□ なし → ⑨のみを記入		□ 接種後の返金	□ 一部(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 ※○で囲んで下さい				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	⑨補助請求額
□ あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		□ 窓口負担の減額	□ 全額	※限度額3,000円
□ なし → ⑨のみを記入		□ 接種後の返金	□ 一部(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 ※○で囲んで下さい				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	⑨補助請求額
□ あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		□ 窓口負担の減額	□ 全額	※限度額3,000円
□ なし → ⑨のみを記入		□ 接種後の返金	□ 一部(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 ※○で囲んで下さい				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	⑨補助請求額
□ あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		□ 窓口負担の減額	□ 全額	※限度額3,000円
□ なし → ⑨のみを記入		□ 接種後の返金	□ 一部(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5年10月1日～令和6年2月29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6年3月15日（金）必着

支 払 日 ； 令和6年4月26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/>

インフルエンザ予防接種補助金申請書 (令和5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 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 ※○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)
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)
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)
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)
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)
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)

補助請求額の合計

合計 10,000 円