

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	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 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
<input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		<input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 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 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
<input type="checkbox"/> あり → ⑦⑧⑨を記入(市)		<input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 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)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)

■ 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
〒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	種別 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	●●●●	▲▲▲	×××××××	×	×	×	×	×		ケンコウ タロウ
		銀行	▲▲▲	本店 支店 出張所	×	×	×	×	×	×	健康 太郎

①資格 本人・家族 <small>※○で囲んで下さい</small>	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
⑥市区町村からの助成の有無 <input type="checkbox"/> あり →⑦⑧⑨を記入(市) <input checked="" type="checkbox"/> なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 <input type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	⑧助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部(円)
⑤窓口で支払った費用 3,500 円		⑨補助請求額 ※限度額3,000円 3,000 円	
①資格 本人・家族 <small>※○で囲んで下さい</small>	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
⑥市区町村からの助成の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり →⑦⑧⑨を記入(豊島区 市) <input type="checkbox"/> なし →⑨のみを記入		⑦助成方法 <input checked="" type="checkbox"/> 窓口負担の減額 <input type="checkbox"/> 接種後の返金	⑧助成金額 <input type="checkbox"/> 全額 <input checked="" type="checkbox"/> 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

申
支

する方

領 収 書 添 付

MAIL info@hikarikenpo.or.jp

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