

インフルエンザ予防接種補助金申請書（令和8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					口座名義	フリガナ
	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
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
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

インフルエンザ予防接種補助金申請書 (令和8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	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	●●●●	▲▲▲	●●●●●●	××××××	健康 太郎	ケンコウ タロウ

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 1 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 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 ※○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 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	
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 5 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 ※○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 1 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(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(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 ※○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

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8年9月1日～令和9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9年3月12日(金)必着

支 払 日 : 令和9年4月23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。

※記載されていない場合医療機関の窓口にて追記いただくか、

下記項目が確認できる診療明細書を領収書とあわせてご提出ください。

- ☐ 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/>