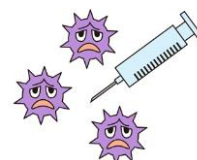


インフルエンザ予防接種補助事業のご案内

さて、疾病予防事業の一環として、昨年度より実施しておりますインフルエンザの予防接種に対する費用の補助事業を、今年度も下記のとおり実施いたします。

この事業は、インフルエンザ予防接種を受けることで感染を未然に防ぎ、仮に発症した際でも症状が軽減する効果が期待できます。又、皆さまの健康を守ることと医療費の負担が削減されることを、目的に実施いたします。

インフルエンザの流行が拡大する前に備え、ぜひご利用ください。



記

- ◆ 対象者 予防接種時において当組合の被保険者・被扶養者資格のある方。
但し、次の方は除きます。
 - ◎ 予防接種法又は市町村の条例等により公的補助が受けられる方
(例えば、65歳以上の方やお子様で、2,000円未満の自己負担で予防接種を受けられる方等が考えられます)
 - * 予防接種利用可能な対象年齢は、医療機関によって異なりますので、直接医療機関へお問い合わせください。
- ◆ 接種期間 平成29年10月1日～平成30年1月31日
- ◆ 組合補助額 2,000円を上限に、実費を補助します。
- ◆ 補助回数 期間内1回限り
- ◆ 実施方法 ご利用方法は、次の2種類となりますので、いずれか1つを選んでください。

【Ⅰ】 「一般財団法人東京都総合組合保健施設振興協会」(略称：東振協)の契約医療機関で受ける場合

【Ⅱ】 最寄りの医療機関で受ける場合

なお、【Ⅱ】での請求の場合は、利用される皆様はもとより、事業所のご担当者にもお手数をおかけしますので、できる限り【Ⅰ】での利用をお願いいたします。

※ご不明な点があれば、当組合までお問い合わせください。

【I】**東振協の契約医療機関で受ける場合**

東振協が契約する医療機関（全国約3,000ヵ所）にて予防接種ができます。会計時に東振協の契約料金（上限3,890円）から補助額（2,000円）を差し引いた金額で受けることができますので、補助金の請求をする必要がありません。

【利用方法】 ※当組合への申込みは不要です

1.東振協のホームページから、該当する予防接種の実施方法を選択してください。

◆院内予防接種…業務委託医療機関で接種する。

※小児予防接種は実施可能な医療機関に限ります。

◆集合予防接種…近隣に予防接種会場を設置し、実施する。

◆出張予防接種…事業所に医療スタッフを派遣し実施する。

2.「インフルエンザ予防接種実施機関一覧」から希望する医療機関を選び、**直接お電話で必ず予約してください。**

3.予約確定後、**A又はBの方法で、利用券**を準備してください。

（医療機関又は集合会場で予防接種を受診する場合）

A. 東振協ホームページから「インフルエンザ予防接種利用券」を出力してください。

出力の際に当健康保険組合の保険者番号「06273148」の入力が必要です。

B. 同封しております「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」をコピーし、アミカケ部分を記入してください。

※出張予防接種を希望する場合は、利用申込書を東振協ホームページよりプリントし、

郵送又はFAXにより予約申込みを行ってください。

4.予防接種当日、予約した医療機関に「利用券」と「健康保険証」を提出してください。

5.会計時に、補助額（2,000円）を差し引いた自己負担金を、お支払いください。

詳細、利用券、契約医療機関等については下記ホームページへ **東振協インフルエンザ** **検索**

【東振協ホームページ】 <http://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>

(29年9月1日から申込受付開始)

インフルエンザ予防接種 健保組合共同事業のご案内

毎年、冬のシーズンを迎えるとインフルエンザが流行するため、予防接種を受ける方が増えてきております。インフルエンザ予防接種を受けることで感染を防いだり、罹患した際の重症化を軽減する効果が認められています。一般社団法人 一東振協健保組合健康経営研究会では、インフルエンザの予防接種事業を健保組合と共同で実施しております。

今年の流行シーズンに備え、本年は10月から実施いたしますので、この機会にご利用ください。

インフルエンザ予防接種の実施方法は次の3種類となりますので、いずれか1つを選んで受診してください。

院内予防接種

利用者が医療機関の院内で受診

集合予防接種

利用者が労働先(ホテル等の会場で受診)

出張予防接種

事業所に巡回スタッフを派遣し受診

院内予防接種ご利用の流れ (利用者が医療機関の施設内で受診)

- 接種申込・利用券**
「領出申し込み書」(院内票下部ダウンロード)
 - 接種施設をご利用の際は、下記「発行申し込み」をクリックしてください。
 - ご自身の接種施設に合わせて、利用可能な接種施設が異なる場合がございますので、あらかじめご確認ください。
 - ご自身の接種施設(接種施設)へ「申し込み」をクリックし、「申込み済みの接種施設」を確認してください。
- 契約医療機関へ接種申込・予約 (組合合せ)**
 - ご利用になりたい契約医療機関を選択し、電話で接種申込(予約)してください。
 - 【接種施設インフルエンザ予防接種】利用可能な接種施設を確認してください。
 - 接種施設によって、予約の方法が異なる場合がございます。ご自身の接種施設の案内をご覧ください。
 - インフルエンザ予防接種の接種・納入額によっては、ご希望の接種施設がある場合もございますので、ご注意ください。
- 利用券の発行**
 - 必ず、利用者が本人の接種施設へお越しください。ご自身の接種施設へお越しください。
 - 【接種施設インフルエンザ予防接種】利用可能な接種施設を確認し、接種施設へお越しください。
 - 【接種施設インフルエンザ予防接種】利用可能な接種施設を確認し、接種施設へお越しください。
 - 【接種施設インフルエンザ予防接種】利用可能な接種施設を確認し、接種施設へお越しください。
- 予防接種の受診 (利用券・接種記録表を提示)**
 - 予約に必ず、【接種施設インフルエンザ予防接種】の接種施設へお越しください。
 - 接種施設へお越しの際は、必ず接種記録表を提示してください。
 - 接種施設へお越しの際は、必ず接種記録表を提示してください。
- 利用者負担金額の支払**
 - 利用者負担金は、必ず接種施設にて「院内接種・予防接種料金」と利用可能な「組合合せ」の金額を接種記録表にてお支払いください。

利用券・利用申し込み書の発行はこちらから (インターネットでの予約・申し込みはできません)

発行申し込み

ダウンロードリスト

- 1. 院内・出張予防接種契約医療機関**
 接種施設: www.toshinkyu.or.jp/influenza/medical.html
 www.toshinkyu.or.jp/influenza/medical.html
 www.toshinkyu.or.jp/influenza/medical.html
- 2. 集合予防接種会場**
 接種施設: www.toshinkyu.or.jp/influenza/collective.html
 www.toshinkyu.or.jp/influenza/collective.html
 www.toshinkyu.or.jp/influenza/collective.html

インフルエンザ予防接種をご利用にあたっての注意事項

- 予防接種会場とは、利用者ご自身の接種施設(接種施設)の窓口で申し込み、必ず接種施設の電話が必須となります。予防接種会場、接種施設が接種施設の住所と異なる場合は、必ず接種施設に電話してください。接種施設は必ずしも接種会場とは限りません。
- 予防接種会場とは、必ずしも、契約医療機関に電話で接種申込(予約)してください。
- 予防接種は、利用者ご自身が「申込み」に同意していただく必要があります。必ず、接種施設に電話して、申込みを完了してください。必ず接種記録表を提示してください。
- 予防接種会場とは、利用者ご自身が「申込み」に同意していただく必要があります。必ず接種施設に電話して、申込みを完了してください。必ず接種記録表を提示してください。
- 予防接種会場とは、必ずしも、契約医療機関に電話で接種申込(予約)してください。
- 予防接種会場とは、必ずしも、契約医療機関に電話で接種申込(予約)してください。

予防接種を受ける前に必ずお読みください (インフルエンザ予防接種)

①該当の接種をクリック

- ◆院内接種
- ◆集合予防接種
- ◆出張予防接種

②発行申し込みをクリック

契約医療機関リストのダウンロードはこちらをクリックしてください

共通画面（2）-契約健保組合入力

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム ▶ **健康保険組合選択** ▶ 都道府県と医療機関の選択 ▶ 申込情報入力 ▶ 入力内容確認 ▶ PDF出力

[院内接種]インフルエンザ予防接種利用券発行

[院内接種]インフルエンザ予防接種利用券発行: 健康保険組合選択

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。

健康保険証の「保険者番号」を入力してください。
(8桁数字「06xxxxxx」「63xxxxxx」「31xxxxxx」)

健康保険組合: **06273148**
近畿化粧品健康保険組合

健康保険証の例

氏名 健康 太郎
年齢 60歳
職業 会社員
保険者番号 06000000

※保険者番号欄は、健康保険組合によって異なります。

▶ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

③当組合の保険者番号
「06273148」を入力
健保組合名が間違いがないか、確認

医療機関選択画面へ

④「医療機関選択画面へ」をクリック

院内接種（1）-医療機関の選択

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム ▶ 近畿化粧品健康保険組合 ▶ **都道府県と医療機関の選択** ▶ 申込情報入力 ▶ 入力内容確認 ▶ PDF出力

[院内接種]インフルエンザ予防接種利用券発行

[院内接種]インフルエンザ予防接種利用券発行: 都道府県と医療機関の選択

※希望する地域の都道府県名をクリックすると
利用可能な医療機関がある市区郡が表示されます。

沖縄

北海道

青森

秋田

岩手

山形

宮城

福島

茨城

栃木

群馬

山梨

埼玉

東京

千葉

石川

富山

新潟

福井

滋賀

岐阜

長野

愛知

静岡県

神奈川

和歌山

三重

京都

大阪

奈良

和歌山

徳島

香川

愛媛

高知

徳島

岡山

広島

鳥取

島根

山口

福岡

佐賀

長崎

熊本

大分

宮崎

鹿児島

大阪府 大阪市都島区 (6件)					
	名称	所在地	電話番号	対象年齢	接種料金
選択				満13歳以上	3,100円
選択				満13歳以上	3,200円
選択				満6歳以上	3,890円

該当の医療機関を
選び、選択ボタンをク
リック

必ず、電話で予約を行なっ
てください!

必ず、選択した医療機関に、電話で接種の申込
(予約)をおこなってください。
なお、お問い合せの際は、
「東振協インフルエンザ予防接種」利用であることを
お申し出ください。
また、予約の要否や方法は、医療機関によっ
て異なりますので、あわせてご確認ください。
了

詳しくは申込情報入力へ

院内接種（２）-申込情報入力＞入力内容確認

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム > 近畿北摂島健康保険組合 > [] > 申込情報入力 > 入力内容確認 > PDF出力

【院内接種】インフルエンザ予防接種利用券発行

【院内接種】インフルエンザ予防接種利用券発行: 申込情報入力

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。
※入力欄はTabキーで移動してください。

医療機関名	[] [接種医療機関を変更] ※該当医療機関に必ず予約をおこなってください。
健康保険組合名	近畿北摂島健康保険組合
組合補助金額	本人: 2,000円(税込) / 家族: 2,000円(税込)
保険者番号	00273148
健康保険証 記号	12345
健康保険証 番号	6789 ※「健康保険証 番号」は、「保険者番号」「00」「03」「31」で始まる9桁数字ではありません。
利用者氏名	姓: 健康 名: 太郎
利用者フリガナ	セイ: ケンコウ メイ: タロウ
被保険者(本人)・被扶養者(家族)の別	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 ※「家族」とは、被保険者「本人」の健康保険上の被扶養者の方です。
生年月日	昭和 50年 10月 17日
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
特記事項	

健保通信欄

- 当健康保険組合以外の方、資格喪失した方は利用できません
- 2回法で接種をする場合でも、利用券の利用は1人1回のみです
- 重複受診や資格喪失後の利用につきましては、後日補助金額を請求させていただきます
- 市区町村等の他の補助との併用はできません
- 利用券利用時に支払った自己負担金額を補助金申請することはできません

[確認画面へ](#)



申込情報を入力・確認

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム > 近畿北摂島健康保険組合 > [] > 申込情報入力 > 入力内容確認 > PDF出力

【院内接種】インフルエンザ予防接種利用券発行

【院内接種】インフルエンザ予防接種利用券発行: 入力内容確認

- 入力内容をご確認ください。
- 内容に誤りがないれば、下の 送信 ボタンを押すと、利用券のPDFファイルを表示します。印刷してご利用ください。
- ※PDFの閲覧・印刷には、アドビシステムズ社が無償提供しているAdobe Readerが必要です。

医療機関名	[]
健康保険組合名	近畿北摂島健康保険組合
保険者番号	00273148
健康保険証 記号	12345
健康保険証 番号	6789
利用者氏名	健康 太郎
利用者フリガナ	ケンコウ タロウ
被保険者(本人)・被扶養者(家族)の別	本人
生年月日	昭和50年 10月 17日
組合補助金額	2,000円(税込)
性別	男性
特記事項	

健保通信欄

- 当健康保険組合以外の方、資格喪失した方は利用できません
- 2回法で接種をする場合でも、利用券の利用は1人1回のみです
- 重複受診や資格喪失後の利用につきましては、後日補助金額を請求させていただきます
- 市区町村等の他の補助との併用はできません
- 利用券利用時に支払った自己負担金額を補助金申請することはできません

入力された個人情報データは、利用券発行以外に使用（保存）いたしません。

送信（利用券表示）ボタンをクリックし、PDFを表示する

[戻る](#) [送信（利用券表示）](#)

PAGE TOP

院内接種③-利用券（院内接種・集合接種は同じフォーマット）

◆ホームページより入力し、プリントした場合の利用券◆

見本

近畿化粧品健康保険組合 平成29年度 東振協専用インフルエンザ予防接種利用券（院内・集合予防接種用） （医療機関実施報告・請求書兼用）

有効期限	平成30年1月31日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項	
健保組合通信欄	<ul style="list-style-type: none"> ・当健康保険組合以外の方、資格喪失した方は利用できません ・2回法で接種をする場合でも、利用券の利用は1人1回のみです ・重複受診や資格喪失後の利用につきましては、後日補助金額を請求させていただきます ・市区町村等の他の補助との併用はできません ・利用券利用時に支払った自己負担金額を補助金申請することはできません 				

インフルエンザ予防接種ご利用にあたっての注意事項

- ① 予防接種を受診するときは、利用券と健康保険証を契約医療機関の窓口へ提出してください。なお、健康保険証の提出がない場合又は、予防接種当日、被保険者が健康保険の資格を喪失されている場合は受診できませんのでご注意ください。
 - ② 【利用者記入欄】の太枠内に、利用者の健康保険証記号・番号・氏名(カナ含む)・生年月日・性別・続柄を正しくご記入ください。
 - ③ 予防接種を受診するときは、あらかじめ、契約医療機関に電話等で接種日の予約をしてください。
 - ④ 予防接種は、利用券に記載してある有効期限内に受診してください。
 - ⑤ 予防接種料金は、利用券の券面に「組合補助金額」が表示してある場合、その差額を窓口でお支払いください。
 - ⑥ 予診票などの記載が必要となりますので、予約時に確認し、医療機関の指示に従ってください。
 - ⑦ 予防接種後に、身体に異変を感じた場合は、担当の医師に相談し、指示に従ってください。
- ※ この利用券は、契約医療機関以外では使用できません。
契約医療機関については、ホームページをご覧ください。
ホームページアドレス：<http://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>

【利用者記入欄】

保険証	記号	12345	生年月日	昭和 50 年 10 月 17 日		
	番号	6789	性別	男性		
利用者	フリガナ	ケンコウ タロウ	続柄	本人		
	氏名	健康 太郎	組合補助金額	本人	¥2,000* (税込)	家族
保険者番号	06273148		保険者名	近畿化粧品健康保険組合		

※個人情報データは、この事業目的以外に使用いたしません。

【契約医療機関記入欄】

インフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書

《報告・請求書送付先》 一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）
〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3東京都ニット健保会館内 ☎ 03-5619-4121

上記の方にインフルエンザ予防接種を実施しましたので、実施報告・請求をいたします。

所在地	〒***** (スタンプ可)						QRコード ***** ***** ***** ***** *****
電話番号	*****						
医療機関名称	***** (印)						
東振協契約医療機関コード	A	*	*	*	*	*	
接種日	平成 年 月 日						

※予防接種当日、予約した医療機関にこの「利用券」と「健康保険証」を提出してください

近畿化粧品健康保険組合
平成29年度 東振協専用インフルエンザ予防接種利用券(院内・集合予防接種用)
(医療機関実施報告・請求書兼用)

有効期限	平成30年1月31日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項	
健保組合通信欄	<ul style="list-style-type: none"> ・当健康保険組合以外の方、資格喪失した方は利用できません ・2回法で接種をする場合でも、利用券の利用は1人1回のみです ・重複受診や資格喪失後の利用につきましては、後日補助金額を請求させていただきます ・市区町村等の他の補助との併用はできません ・利用券利用時に支払った自己負担金額を補助金申請することはできません 				

インフルエンザ予防接種ご利用にあたっての注意事項

- | | |
|--|--|
| <p>① 予防接種を受診するときは、利用券と健康保険証を契約医療機関の窓口へ提出してください。なお、健康保険証の提出がない場合又は、予防接種当日、被保険者が健康保険の資格を喪失されている場合は受診できませんのでご注意ください。</p> <p>② 【利用者記入欄】の太枠内に、利用者の健康保険証記号・番号・氏名(カナ含む)・生年月日・性別・続柄を正しくご記入ください。</p> <p>③ 予防接種を受診するときは、あらかじめ、契約医療機関に電話等で接種日の予約をしてください。</p> <p>④ 予防接種は、利用券に記載してある有効期限内に受診してください。</p> | <p>⑤ 予防接種料金は、利用券の券面に「組合補助金額」が表示してある場合、その差額を窓口でお支払いください。</p> <p>⑥ 予診票などの記載が必要となりますので、予約時に確認し、医療機関の指示に従ってください。</p> <p>⑦ 予防接種後に、身体に異変を感じた場合は、担当の医師に相談し、指示に従ってください。</p> <p>※ この利用券は、<u>契約医療機関以外では使用できません。</u>
 契約医療機関については、ホームページをご覧ください。
 ホームページアドレス: http://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html</p> |
|--|--|

【利用者記入欄】太枠内の **アミカケ** 欄は利用者がご記入ください。

保 険 証	記 号	生 年 月 日		昭和 / 平成 年 月 日			
	番 号	性 別		男性 / 女性			
利 用 者	フリガナ	続 柄		本人 / 家族			
	氏 名	組合補助金額	本人	¥2,000* (税込)	家族	¥2,000* (税込)	
保 険 者 番 号		06273148		保 険 者 名		近畿化粧品健康保険組合	

※個人情報データは、この事業目的以外に使用いたしません。

【契約医療機関記入欄】**インフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書**

《報告・請求書送付先》

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)

〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3東京都ニット健保会館内

☎ 03-5619-4121

上記の方にインフルエンザ予防接種を実施しましたので、実施報告・請求をいたします。

所 在 地	〒 - (スタンプ可)						QRコード
電 話 番 号							
医 療 機 関 名 称							
東振協契約医療機関コード	A						
接 種 日	平成 年 月 日						

※予防接種当日、予約した医療機関にこの「利用券」と「健康保険証」を提出してください

集合接種（１）-会場の選択

東振協

東京都総合組合保健施設振興協会

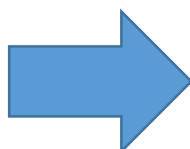
お申込みホーム ▶ 近畿化粧品健康保険組合 ▶ 会場の選択 ▶ 申込情報入力 ▶ 入力内容確認 ▶ Excelファイル出力

[集合接種]インフルエンザ予防接種利用券発行

[集合接種]インフルエンザ予防接種利用券発行: 会場選択

	開催日時	会場名	所在地	最寄駅	実施医療機関名	予約先	接種料金
選択							3,880円
選択							3,880円
選択							3,880円
選択							3,880円
選択							3,880円
選択							3,880円
選択							3,880円
選択							3,880円

該当の会場を選び、選択
ボタンをクリック



必ず、選択した会場の実施医療機関に、
電話で接種の申込(予約)をおこなってください。
なお、お問い合わせの際は、
「東振協インフルエンザ予防接種」利用であることをお申し出ください。
また、予約の要否や方法は、医療機関によって
異なりますので、あわせてご確認をお願いいたします。
※中学生以下の方は、ご利用いただけません。

了解して申込情報入力へ

集合接種（2）-申込情報入力＞入力内容確認

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム > 近畿化粧品健康保険組合 > 川崎市産業振興会館(4階 展示ホールC) > 申込情報入力 > 入力内容確認 > PDF出力

【集合接種】インフルエンザ予防接種利用券発行

【集合接種】インフルエンザ予防接種利用券発行: 申込情報入力

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。
※入力欄はTabキーで移動してください。

接種日時	11月01日(火) 午前9時15分～午前11時15分 午後1時～午後4時
接種会場名	[接種会場を変更]
担当医療機関名	※該当医療機関に必ず予約をおこなってください。
健康保険組合名	近畿化粧品健康保険組合
組合補助金額	本人: 2,000円(税込) / 家族: 2,000円(税込)
保険者番号	06273148
健康保険証 記号	12345
健康保険証 番号	6789 ※「健康保険証 番号」は、「保険者番号」(「06」「03」「31」で始まる9桁数字)ではありません。
利用者氏名	姓: 健康 名: 太郎
利用者フリガナ	セイ: ケンコウ ヌイ: タロウ
被保険者(本人)・被扶養者(家族)の別	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 ※「家族」とは、被保険者「本人」の健康保険上の被扶養者の方です。
生年月日	昭和 50年 10月 17日
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
特記事項	健保連連携

・当健康保険組合以外の方、資格喪失の方は利用できません
 ・2回法で接種をする場合でも、利用券の利用は1人1回のみです
 ・重複受診や資格喪失後の利用につきましては、後日補助金額を請求させていただきます
 ・市区町村等の他の補助との併用はできません
 ・利用券利用時に支払った自己負担金額を補助金申請することはできません

確認画面へ

申込情報を入力・確認

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム > 近畿化粧品健康保険組合 > 川崎市産業振興会館(4階 展示ホールC) > 申込情報入力 > 入力内容確認 > PDF出力

【集合接種】インフルエンザ予防接種利用券発行

【集合接種】インフルエンザ予防接種利用券発行: 入力内容確認

・入力内容をご確認ください。
 ・内容に誤りがなければ、下の 送信 ボタンを押すと、利用券のPDFファイルを表示します。印刷してご利用ください。
 ※PDFの閲覧・印刷には、アドビシステムズ社が無償提供しているAdobe Readerが必要です。

接種日時	11月01日(火) 午前9時15分～午前11時15分 午後1時～午後4時
接種会場名	[接種会場を変更]
担当医療機関名	[医療機関名]
健康保険組合名	近畿化粧品健康保険組合
保険者番号	06273148
健康保険証 記号	12345
健康保険証 番号	6789
利用者氏名	健康 太郎
利用者フリガナ	ケンコウ タロウ
被保険者(本人)・被扶養者(家族)の別	本人
生年月日	昭和50年 10月 17日
組合補助金額	2,000円(税込)
性別	男性
特記事項	健保連連携

・当健康保険組合以外の方、資格喪失の方は利用できません
 ・2回法で接種をする場合でも、利用券の利用は1人1回のみです
 ・重複受診や資格喪失後の利用につきましては、後日補助金額を請求させていただきます
 ・市区町村等の他の補助との併用はできません
 ・利用券利用時に支払った自己負担金額を補助金申請することはできません

入力された個人情報データは、利用券発行以外に使用（保存）いたしません。

戻る 送信（利用券表示）

・ PAGE TOP

送信（利用券表示）ボタンをクリックし、PDF を表示する
(PDF は院内接種利用券と同じフォーマットです)

出張接種（１）-医療機関の選択

東振協

東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム > 近畿化粧品健康保険組合 > 医療機関の選択 > 申込情報入力 > 入力内容確認 > Excelファイル出力

【出張接種】インフルエンザ予防接種利用申込書発行

【出張接種】インフルエンザ予防接種利用申込書発行: 医療機関選択

※希望する地域の都道府県名をクリックすると
利用可能な医療機関がある市区郡が表示されます。



該当の会場を選び、選択
ボタンをクリック

大阪府 大阪市都島区 (1件)	名称	所在地	TEL・FAX	出張条件	接種料金
選択					3,000円
大阪府 大阪市西区 (1件)					
大阪府 大阪市天王寺区 (1件)					
大阪府 大阪市浪速区 (1件)					
大阪府 大阪市東区 (2件)					
大阪府 大阪市阿倍野区 (1件)					
大阪府 大阪市住之江区 (1件)					
大阪府 大阪市平野区 (1件)					
大阪府 大阪市北区 (2件)					
大阪府 大阪市中央区 (8件)					
大阪府 堺市北区 (1件)					
大阪府 岸和田市 (1件)					
大阪府 豊中市 (5件)					
大阪府 吹田市 (2件)					
大阪府 高槻市 (1件)					

出張接種（２）-申込情報入力＞入力内容確認

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム > 近畿化粧品健康保険組合 > [] > 申込情報入力 > 入力内容確認 > Excelファイル出力

[出張接種]インフルエンザ予防接種利用申込書発行

— [出張接種]インフルエンザ予防接種利用申込書発行: 申込情報入力 —

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。
※入力欄はTabキーで移動してください。

医療機関名	[] <small>[医療機関を変更]</small> ※該当医療機関に必ず予約をおこなってください。
健康保険組合名	近畿化粧品健康保険組合
組合補助金額	1人1回 本人: 2,000円(税込) / 家族: 2,000円(税込)
保険者番号	06273148
事業所記号	12345
事業所名称	*****
連絡先	*****
担当者名	姓: ***** 名: *****
接種日	平成 [] 年 [] 月 [] 日

確認画面へ

PAGE TOP



東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

お申込みホーム > 近畿化粧品健康保険組合 > [] > 申込情報入力 > 入力内容確認 > Excelファイル出力

[出張接種]インフルエンザ予防接種利用申込書発行

— [出張接種]インフルエンザ予防接種利用申込書発行: 入力内容確認 —

- 入力内容をご確認ください。
- 内容に誤りがなければ、下の送信 ボタンを押すと、利用申込書がExcelファイルで表示されます。ファイルをダウンロードして、ご利用ください。

医療機関名	[]
健康保険組合名	近畿化粧品健康保険組合
組合補助金額	1人1回 本人: 2,000円(税込) / 家族: 2,000円(税込)
保険者番号	06273148
保険証記号	12345
事業所名称	*****
連絡先	*****
担当者名	*****
接種日	平成 [] 年 [] 月 [] 日
特記事項	

入力された個人情報データは、利用申込書発行以外は使用（保存）いたしません。

戻る
送信（利用申込書を表示）

PAGE TOP

送信（利用申込書を表示）をクリックし、Excel を表示する

近畿化粧品健康保険組合
平成29年度 東振協専用インフルエンザ予防接種利用申込書(出張予防接種用)
(医療機関実施報告・請求書兼用)

有効期限 平成29年1月31日

【利用事業所(担当者)記入欄】

事業所名称	*****	保険者番号	06273148
事業所記号	12345	保険者名	近畿化粧品健康保険組合
連絡先	*****	組合補助金額	本人 ¥2,000 * (税込) 家族 ¥2,000 * (税込)
担当者名	*****	接種日	[] 年 [] 月 [] 日

近畿化粧品健康保険組合
 平成29年度 東振協専用インフルエンザ予防接種利用申込書（出張予防接種用）
 （医療機関実施報告・請求書兼用）

有効期限	平成30年1月31日
------	------------

【利用事業所(担当者)記入欄】

太枠内の アミカケ 欄は担当者をご記入ください。

事業所名称	*****	保険者番号	06273148		
事業所記号	12345	保険者名	近畿化粧品健康保険組合		
連絡先	*****	組合補助金額	本人	¥2,000* (税込)	家族 ¥2,000* (税込)
担当者名	**** *	接種日	[Redacted]		

【契約医療機関記入欄】

インフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書

《報告・請求書送付先》 一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）
 〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3東京都ニット健保会館内 ☎ 03-5619-4121

別紙申込者記載名簿の方にインフルエンザ予防接種を実施しましたので、実施報告・請求をいたします。

申込者名簿枚数	枚	実施人数計	本人	名	請求金額	円
			家族	名		
			計	名		

所在地	[Redacted]				
電話番号	[Redacted]				
医療機関名称	[Redacted] (印)				
東振協契約医療機関コード	A	[Redacted]			

《医療機関通信欄》

1. 申込者名簿に記入されている方で、未接種の方および無資格の方については、二重線で抹消してください。
2. 上記のインフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書に、医療機関の所在地、電話番号、医療機関名称(捺印含む)及び東振協契約医療機関コードを記入のうえ報告(請求)してください。

申込者名簿

枚 / 枚

保険者番号	06273148	保険者名		近畿化粧品健康保険組合		
事業所名称	*****			事業所記号	12345	
保険証番号	利用者氏名	フリガナ	性別	続柄	生年月日	
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日
			男・女	本・家	昭・平	年 月 日

ご 担 当 者 様

インフルエンザ出張予防接種ご利用にあたって

出張予防接種は、事業所に医療スタッフを派遣して予防接種を行います。
医療機関によっては、1事業所あたりの実施人数が異なりますので、予防接種医療機関一覧表の
出張接種欄をご確認のうえお申込みください。

1. お申込方法

- ① 出張予防接種を希望する事業所は、あらかじめ、ご担当者から、医療機関に電話等で接種日の予約を行ったうえ、利用申込書に申込者名簿を添えてFAX等で医療機関にお申込ください。
なお、利用者負担金の支払方法も併せてご確認ください。
- ② 利用申込書の太枠内に記入漏れがないか必ずご確認ください。
また、申込者名簿については、利用者の保険証番号、氏名（漢字・フリガナ）、性別、続柄、生年月日を記入してください。なお、申込者名簿は、最大30名まで記入できますが、30名を超える場合は、コピー等をしてご利用ください。
- ③ 利用申込書及び申込者名簿作成にあたっては、同一事業所内で、健康保険証の「事業所記号」が異なる方が利用する場合は、事業所の記号ごとに、複数日にわたって利用する場合は、接種日ごとにご記入ください。

2. 注意事項

- ① 予防接種当日、利用者が健康保険の資格を喪失している場合は受診できませんのでご注意ください。
- ② 予防接種は、組合が定めた有効期限内に受診してください。なお、有効期限内における接種回数は、原則として、1人1回となります。
- ③ 予防接種料金は、利用申込書の太枠内に「組合補助金額」が表示してある場合、その差額を利用者分をとりまとめて医療機関へお支払ください。
- ④ 予診票などの記載が必要となりますので、予約時に確認し、医療機関の指示に従ってください。
- ⑤ 予防接種後に、身体に異変を感じた場合は、医師に相談し、指示に従ってください。
- ⑥ 利用申込書（申込者名簿含む）は、契約医療機関以外では使用できません。契約医療機関についてはホームページ（URL <http://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>）をご覧ください。
- ⑦ 事業所の所在地が遠隔の場合は、出張接種ができないこともありますので、医療機関にご確認ください。

【Ⅱ】

最寄りの医療機関で受ける場合

(窓口で全額負担し、事業所経由で補助金を請求)

【Ⅰ】の方法での契約医療機関が、お近くになく利用できない場合は、最寄りの医療機関で一旦全額自己負担のうえ、予防接種を受けていただき、後日、当組合に補助金を請求してください。

(注) 請求書受付最終締切日：平成 30 年 2 月 28 日必着

(締切日を過ぎた請求書は、受付できませんので、ご注意ください)

[請求方法]

1. 接種後、事業所で取りまとめの上、次の書類を当組合へご提出ください

- 「インフルエンザ予防接種補助金請求書」 (様式 1)
 - 「インフルエンザ予防接種者一覧表」 (様式 2)
- } 事業所にて作成してください。
(経理用・施設用・事業所用の 3 種類)
- (Excel ファイルをご希望の場合は、お申し出ください)

- 領収書 (原本) …別紙<領収書の注意点>を参照してください。

補助金は、10 月～翌年 2 月までの各月の 20 日又は月末 (休日の場合は、前日) に事業所へ一括振込いたしますので、該当者の方にお渡しください。

※添付する領収書は、予防接種者名 (フルネーム)・予防接種年月日・医療機関名・医療機関の領収印・予防接種金額・インフルエンザ予防接種代と明記してあるもの。

2 名以上の接種を 1 枚の領収書で申請される場合は、予防接種者全員の氏名 (フルネーム) 及び予防接種費用の単価の明記も必要です。

◆ 注意事項 ◆

- ・ 領収書… “インフルエンザ予防接種” の明記がない場合は不可。
(“予防接種” のみの記載だけでは不可)
名前が、事業所名になっている場合がありますが、必ず個人名が必要。
予防接種料が 2,000 円未満等金額の低い領収書の場合は、市区町村等から補助がないか、確認してください。
- ・ 補助金請求書等…今年度より事務処理の関係上、補助金請求書等は、**経理用・施設用・事業所用の 3 種類を提出**してください。支払日が決定しましたら、事業所へ通知いたします。

事業所で取りまとめの上、作成して提出してください

(経理用・施設用・事業所用の3種類)

見本

(組合経理用)

様式1

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

整理番号	
------	--

受付年月日

インフルエンザ予防接種補助金請及び通知書

近畿化粧品健康保険組合 御中

◆ 請求者

事業所記号	事業所	所在地	〒	—
		名称		
		TEL		
		担当者名		()

予防接種の補助金を下記のとおり領収書添付の上、請求いたします。

請求金額		円
------	--	---

※支払日は 年 月 日 予定

◆ 添付書類: 領収書 _____ 通

◆ 内訳

区分	① 利用人員	② 支払額合計 (領収書の金額)	③ 請求額(組合補助額)
被保険者	名	円	円
被扶養者	名	円	円
合計	名	円	円

◆ 振込先 (事業所名義の口座をお願いします)

銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
銀行	本店	普通		(フリガナ)
金庫	支店	当座		
農協	出張所	その他		

* 添付書類及び記入についての注意

1. 本請求書には必ず医療機関の領収書(原本)・予防接種者一覧表を添付してください。

※添付する領収書は、予防接種者名(フルネーム)・予防接種年月日・医療機関名・医療機関の領収印
・予防接種費用・インフルエンザ予防接種代と明記してあるもの。

2名以上の接種を1枚の領収書で申請される場合は、予防接種者全員の氏名(フルネーム)・予防接種費用の単価の明記も必要です。

(組合経理用)

様式2

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

整理 番号	
----------	--

インフルエンザ予防接種一覧表

事業所記号	事業所	所在地 名 称 T E L	〒 ー () ⑩
		担当者名	

	被保険者 番 号	受診者名	続柄	生年月日	接種日	支払金額 (領収書金額)	組合 補助額
1			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
2			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
3			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
4			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
5			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
6			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
7			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
8			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
9			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
10			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
11			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
12			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
13			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
14			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
15			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
16			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
17			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
18			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
19			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円
20			本 家	S・H 年 月 日	年 月 日	円	円

<領収書の注意点>

【例1 領収書】

領収書
平成29年11月1日

健保 一郎様

¥ 3,600 円

(但し インフルエンザ予防接種料として)

〇〇市〇〇町〇-〇
〇〇〇病院 印

「インフルエンザ予防接種代」の記載はありますか？

表示がない場合は、「インフルエンザ予防接種代」と記載のある領収書を提出していただくか、「インフルエンザ予防接種済証明書」を合わせて提出してください。

領収書の宛名は接種者(フルネーム)になっていますか？
事業所名になっていませんか？

請求書健領収書
患者番号 5388

氏名 健保 一郎様

平成29年11月1日

初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	処置
手術	検査	画像診断	その他		

保険点数合計	負担率	負担金	
円	円	円	
	保険外合計	消費税等	前回未回収金
	円	円	円

請求金額	今回未収金	領収金額	領収印
円	円	円	印

(インフルエンザ予防接種料として)

〇〇市〇〇町〇-〇 〇〇〇病院

領収印はありますか？

領収印を省略している医療機関もありますので、その場合は必ず領収印の押印をお願いしてください。

【例2 領収書(複数名分)】

領収書
平成29年11月1日

健保 一郎様

¥ 6,000 円

(但し インフルエンザ予防接種料2名様として)

〇〇市〇〇町〇-〇
〇〇〇病院 印

領収書
平成29年11月1日

健保 一郎様

¥ 6,000 円

(但し インフルエンザ予防接種料として)
一郎様 3,500円 太郎様 2,500円

〇〇市〇〇町〇-〇
〇〇〇病院 印

「インフルエンザ予防接種代」の記載はありますか？
接種者それぞれの方のお名前、金額が記載されていますか？

表示がない場合は、「インフルエンザ予防接種済証明書」を併せて提出してください。

事業所に医師等と呼ばれて、一度に従業員の方が予防接種を受けられた場合でも、当組合加入者の個人ごとの領収書もしくは医療機関が作成した領収書と受診者の一覧表が必要となります。

<昨年度実施した際に不備が多かった点>といたしまして、

- ・領収書に“予防接種”のみの記載だけで、“インフルエンザ予防接種”の明記がない。
(“予防接種”のみの記載だけでは不可)
- ・名前が、事業所名になっている場合があるが、必ず個人名が必要。
- ・予防接種料が2,000円未満等金額の低い領収書の場合は、市区町村等から補助がないか、確認してから提出してください。