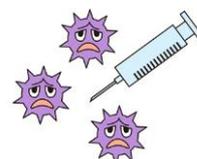


インフルエンザ予防接種補助事業のご案内

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 令和2年10月1日～令和3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。

東振協が契約する医療機関（全国約3,000ヶ所）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3,960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>

（令和2年9月1日から申込受付開始）

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:

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 20歳06月01日 (性別 男)
事業所所在地 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
事業所名称 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
保険者所在地 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
保険者番号 0 6 0 0 0 0 0 0 (印)
保険者名称 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

※保険者番号欄は、健康保険組合によって異なります。

医療機関選択画面へ

▶ PAGE TOP

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

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。

名称	所在地	電話番号	接種料金	医療機関通信欄
選択			3,500円	対象年齢: 満13歳以上
選択			3,300円	対象年齢: 満3歳以上 予約は不要です。
選択			3,850円	対象年齢: 小学生以上

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！

【要確認】
選択した医療機関について、
「予約の要否」を医療機関のホームページや問い合わせ等によりご確認ください。
予約が必要な医療機関であれば、その方法(オンライン予約・電話予約等)についてご確認のうえ、予約を必ずおこなってください。
また、電話による問い合わせの際は、**「東振協インフルエンザ予防接種利用券」**であることをお申し出ください。

[了解して申込情報入力▶](#)

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 > 近畿化粧品健康保険組合 > **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—

※必ず健康保険証を写真の上、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	<input type="text" value=""/> <small>※該当医療機関に必ず予約をおこなってください。</small>
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	8789 <small>※「健康保険証 番号」は、「保険者番号」(06)「83」(31)で始まる4桁数字ではなく、「記号」「番号」の「番号」を入力してください。</small>
利用者氏名	姓: 健康 名: 太郎
利用者フリガナ	セイ: ケンゴウ 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 <small>※「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。</small>
生年月日	1980年 1月 1日
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
特記事項	
健保連携欄	
<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回のみです。 重複予約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。 	



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 > **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。
- 内容に誤りがあれば、下の 印刷 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	<input type="text" value=""/>
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	8789
利用者氏名	健康 太郎
利用者フリガナ	ケンゴウ タロウ
被保険者(本人)・被扶養者(家族)の別	本人
生年月日	1980年 1月 1日
組合補助金額	組合補助金額 2,000円(税込)
性別	男性
特記事項	
健保連携欄	
<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回のみです。 重複予約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。 	
<p>入力された個人情報は、利用券発行以外に使用（保存）いたしません。</p>	

送信（利用券表示）ボタンをクリックし、PDF を表示する

[戻る](#)
[印刷（利用券表示）](#)

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 令和2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	2021年1月31日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項	
健保組合通債欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 				

インフルエンザ予防接種ご利用にあたっての注意事項

- 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>
 - 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に提出してください。なお、健康保険証の提出がない場合又は、受診当日、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。
 - 利用券の有効期間は本年度10月1日～有効期限までとなります。
 - 受診するときは、事前に電話等で申込(予約)をしてください。「予約不要」の医療機関もありますので、接種方法や予約等については、医療機関の指示に従って受診してください。
 - 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。
 - 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。
- ※ 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。

【利用者記入欄】 ■太枠内の アミカケ 欄(記号・番号・フリガナ・氏名・生年月日・性別・続柄)は利用者をご記入ください。

保 険 証	記号	12345	生年月日	西暦	1980	年	1	月	1	日
	番号	6789	性別	男性						
利 用 者	フリガナ	ケンコウ クロウ	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						

※健康保険証の記載内容と異なる場合は【利用者記入欄】の該当箇所を手書き等で修正してください。

【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 電話 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	〒***-****						(所在地、TEL、医療機関名称：スタンプ可)				
電話番号	☎ **-****-****										
医療機関名称	*****										
東振協契約医療機関コード	A	*	*	*	*	*	*				
■実際の接種料金			¥					■接種日		月	日

※「■実際の接種料金」欄の記入について

- ・例外として、小児や高齢者等で「契約料金より安価で接種した場合」のみ、その安価料金を記入してください。
- ・通常の契約料金で接種した場合は記入不要です。

※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

◆手書きの場合の利用券◆

見本

近畿化粧品健康保険組合
令和2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	2021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	・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 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.toshinkyoyo.or.jp/influenza.html>

② 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、受診当日、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。

③ 利用券の有効期間は本年度10月1日～有効期限までとなります。

④ 受診するときは、事前に電話等で申込(予約)をしてください。「予約不要」の医療機関もありますので、接種方法や予約等については、医療機関の指示に従って受診してください。

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。

※ 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。

【利用者記入欄】 ■太枠内の アミカケ 欄(記号・番号・フリガナ・氏名・生年月日・性別・続柄)は利用者をご記入ください。

保険証	記号		生年月日	西暦	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			

※健康保険証の記載内容と異なる場合は【利用者記入欄】の該当箇所を手書き等で修正してください。

【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 東京都ニッパ健保会館内 ☎ 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	〒 - (所在地、TEL、医療機関名称 スタンプ可)						
電話番号	☎						
医療機関名称	㊞						
東振協契約医療機関コード	A						
■実際の接種料金			¥				
			■接種日			月	日

※「■実際の接種料金」欄の記入について
 ・例外として、小児や高齢者等で「契約料金より安価で接種した場合」のみ、その安価料金を記入してください。
 ・通常の契約料金で接種した場合は記入不要です。

※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

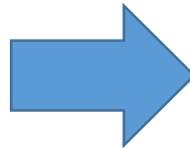
お申込みホーム ▶ 高齢化粧品健康保険組合 ▶ 会場の選択 ▶ 申込情報入力 ▶ 入力内容確認 ▶ Excelファイル出力

[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	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						3,880円
選択	11月05日(土) 午前9時30分～午後4時						3,880円
選択	11月05日(土) 11月12日(土) 11月19日(土) 11月26日(土)						3,880円
選択	11月05日(土) 午後2時～午後8時						3,880円
選択	11月06日(日) 11月20日(日) 12月03日(土) 12月04日(日) 12月10日(土)						3,880円
選択	11月12日(土) 午前9時30分～午後4時						3,880円
選択	11月12日(土) 午後1時30分～午後4時						3,880円
選択	11月12日(土) 午前9時30分～午後4時						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

閉じる

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 > 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—

※必ず健康保険証を写真の上、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7日(土) 13時~16時30分
接種会場名	[接種会場を変更] ※該当医療機関に必ず予約をおこなってください。
担当医療機関名	
健康保険組合名	近畿化粧品健康保険組合
組合補助金額	本人: 2,000円(税込) / 家族: 2,000円(税込)
保険者番号	06270148
健康保険証 記号	12345
健康保険証 番号	6789
健康保険証 番号	※「健康保険証 番号」は、「保険者番号」(06)「68」「31」で始まる8桁数字ではなく、「記号」「番号」の「番号」を入力してください。
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	1980年 1月 1日
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
特記事項	
健康保険種別	

・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回接種をする場合でも、利用者の利用は1人1回のみです。
・重複接種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 > 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。
・内容に誤りがあれば、下の「印刷」ボタンを押すと、利用者の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7日(土) 13時~16時30分
接種会場名	
担当医療機関名	
健康保険組合名	近畿化粧品健康保険組合
保険者番号	06270148
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	1980年 1月 1日
組合補助金額	組合補助金額 2,000円(税込)
性別	男性
特記事項	
健康保険種別	

・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回接種をする場合でも、利用者の利用は1人1回のみです。
・重複接種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は、利用券発行以外には使用（表示）いたしません。

戻る 印刷（利用券表示）

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 ▶ 近畿七拓品健康保険組合 ▶ **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

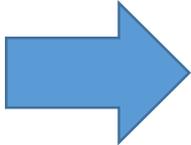
【出張接種】インフルエンザ予防接種利用申込書発行-医療機関選択

※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。

医療機関の選択

大阪府 大阪市福島区 (2件)					
	名称	所在地	TEL・FAX	接種料金	医療機関通信欄
選択					
選択					
大阪府 大阪市西区 (1件)					

該当の会場を選び、
選択ボタンをクリック



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、利用申込書・申込者名簿の提出や支払方法等についても、あわせてご確認をお願いいたします。

了解して申込情報入力へ

閉じる

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	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	健康保険組合名 近畿化粧品健康保険組合
組合補助金額	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	保険者番号 06273148
事業所記号	事業所記号 12345
事業所名称	事業所名称 *****
連絡先	連絡先 *****
担当者名	担当者名 姓: **** 名: ****
接種日	接種日 開始: 2020年 11月 1日 ~ 終了: 2020年 11月 1日

[確認画面へ](#)

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 **Excelダウンロード** ボタンを押して、ファイルを「保存」してから、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	2020年 11月 1日 ~ 2020年 11月 1日
特記事項	

入力された個人情報は、利用申込書発行以外は使用（保存）いたしません。

[戻る](#)
[Excelダウンロード\(利用申込書\)](#)

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AAABACADAAEAFAGAHAI AJAKALAM

令和2年度 近畿化粧品健康保険組合 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・請求書専用)	
有効期限	2021年1月31日
【利用事業所(担当者)記入欄】	
事業所名称	*****
事業所記号	12345
連絡先	*****
担当者名	*****
保険者番号	06273148
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* (税込) 家族 ¥2,000* (税込)
接種日	2020年11月1日~2020年11月1日

Excel ダウンロード（利用申込書）を
クリックし、Excel を表示する

近畿化粧品健康保険組合
令和2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	2021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	年 月 日 ~ 年 月 日			

【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)
〒190-0014 東京都墨田区亀沢1-7-8 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	〒*** - ***					(印)
電話番号	☎ **-****-****					
医療機関名称	*****					
東振協契約医療機関コード	A					

《医療機関様へお願い》

- 「実施確認」欄について、当日キャンセル等で未接種となった方は、補助金請求できませんので、「実施」の部分に「二重線」で取り消し線を引いてください。 ※「二重線」の方は請求から除外します。
- 無資格の方については、健保補助対象外となりますので、申込者名簿には載せないでください。
- 本用紙の【契約医療機関記入欄】の7項目「申込者名簿枚数」「実施人数計」「請求金額」「所在地」「電話番号」「医療機関名称(捺印含む)」「東振協契約医療機関コード」をご記入ください。
- 下記の書類3点を併せて東振協宛てに報告(請求)してください。
 - ① 東振協専用インフルエンザ予防接種利用申込書(本用紙)
 - ② 東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿
 - ③ 総括表(※総括表については東振協から医療機関へ送付します。)

東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿

枚 / 枚

※ 無資格の方については、健保補助対象外となりますので、申込者名簿には載せないでください。

※1 「実施確認」欄について、当日キャンセル等で未接種となった方は、補助金請求できませんので、「実施」の部分に「二重線」で取り消し線を引いてください。

※2 PCで入力する場合の「性別」「続柄」について
性別は「男」または「女」で入力してください。
続柄は「本」または「家」で入力してください。

実施確認 ※1 キャンセルは二重線	接種日	保険証番号 ※記号番号の番号	医療機関名		ふりがな	性別 ※2	続柄 ※2	生年月日 (西暦)
			業 所 名 称	事 業 所 名 称				
1	実施	月 日	06273148	医療機関名	近畿化粧品健康保険組合	男・女	本・家	年 月 日
2	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
3	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
4	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
5	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
6	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
7	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
8	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
9	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
10	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
11	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
12	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
13	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
14	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
15	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
16	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
17	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
18	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
19	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日
20	実施	月 日				男・女	本・家	年 月 日

見本

事業主ご担当者様

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みください。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「接種日」「保険証番号」「漢字氏名」「ふりがな」「性別」「続柄」「生年月日」を記入してください。また、申込者名簿は、最大20名まで記入できますが、20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、その差額の利用者分をとりまとめて医療機関へお支払いください。
なお、医師、看護師等の派遣費用および交通費等の諸経費については、出張予防接種料金に含まれますので、お支払いは差額のみとなります。
- 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：令和3年3月1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…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	〒 ー () ⑩
		T E L	
		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
令和2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

令和2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

(但し インフルエンザ予防接種料として)

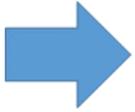
〇〇市〇〇町〇-〇 〇〇〇病院

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
令和2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
令和2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。