インフルエンザ予防接種補助事業のご案内

さて、本年度より疾病予防事業の一環として、インフルエンザの予防接種に対する費用の補助を、下記のとおり実施する事になりました。

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、本人及び健康保険組合でも医療費の負担が削減される事となり、併せて皆さまの健康を守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 28 年 10 月 1 日～平成 29 年 1 月 31 日

◆組合補助額　2,000 円を補助します。
（但し、予防接種費用が 2,000 円以上の場合に限る）

◆ 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】　東振協が契約している医療機関で予防接種する場合

東振協が契約する医療機関（全国約 2,800 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のから、該当の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.toshinkyo.or.jp/influenza.html

（28 年 9 月 1 日から申込受付開始）

共通画面（1）―東振協ホームページ（イメージ）

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

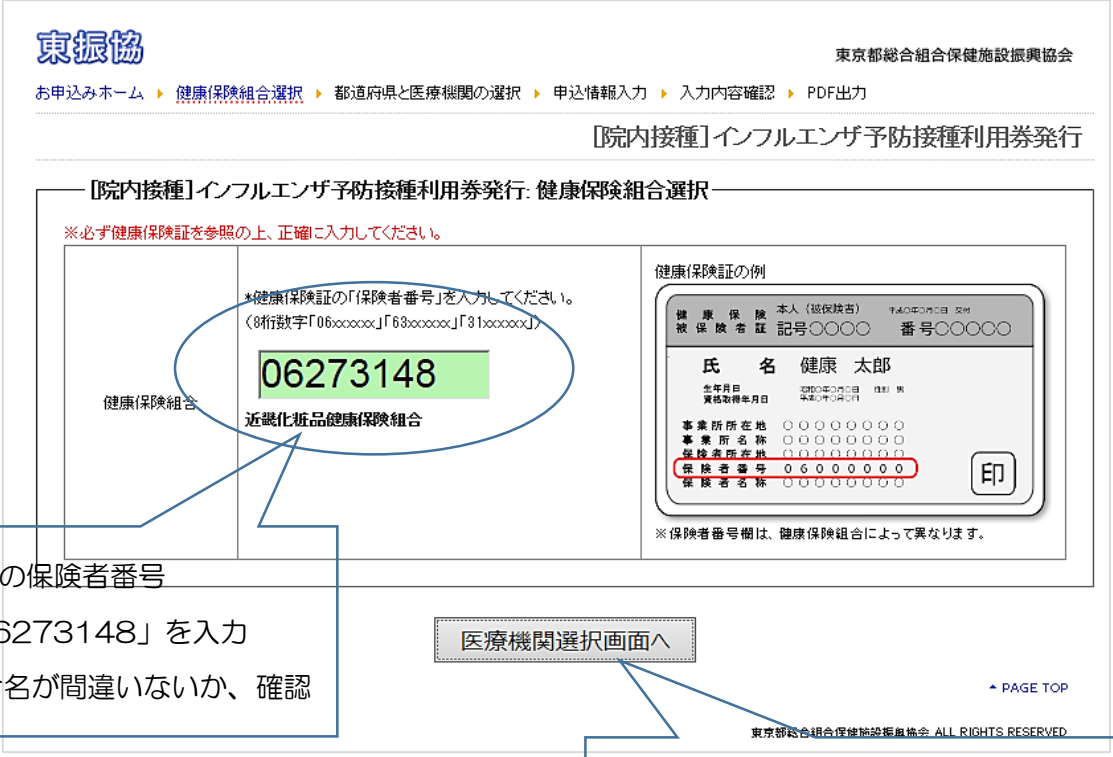
②発行申し込みをクリック

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

東振協インフルエンザ　検索　http://www.toshinkyo.or.jp/influenza.html

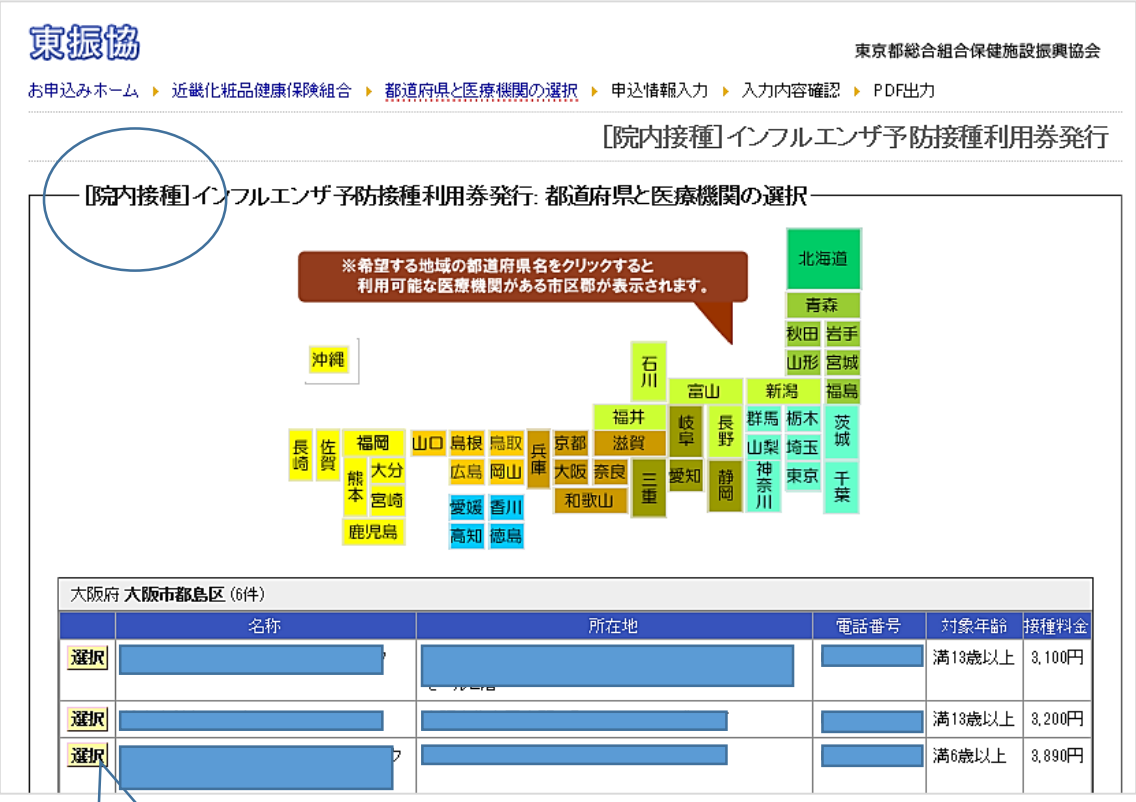
共通画面（2）-契約健保組合入力



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

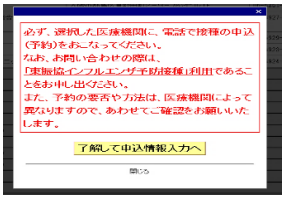
④「医療機関選択画面へ」をクリック

院内接種（1）-医療機関の選択



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！



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 ▸ [redacted] 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	[redacted] [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」「63」「31」で始まる8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	◉本人 ○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	◉男性 ○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 ▸ 近畿化粧品健康保険組合 ▸ [redacted] 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。

医療機関名	[redacted]
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、利用券発行以外は使用（保存）いたしません。

戻る　　送信（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

▲ 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28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29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 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、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.toshinkyo.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）						
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						

QRコード
********** ********** ********** ********** ********** **********

※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
平成28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29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 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、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.toshinkyo.or.jp/influenza.html

【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。

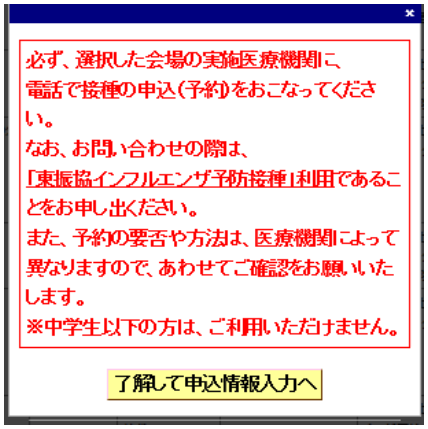
所在地	〒　　－　　（スタンプ可）							
電話番号								
医療機関名称	印							
東振協契約医療機関コード	A							
接種日	平成　　年　　月　　日							

ＱＲコード

※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

該当の会場を選び、選択ボタンをクリック



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 接種会場名	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 [redacted] [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	[redacted]
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」「63」「31」で始まる8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	○本人 ○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	◉男性 ○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 接種会場名	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 [redacted]
担当医療機関名	[redacted]
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

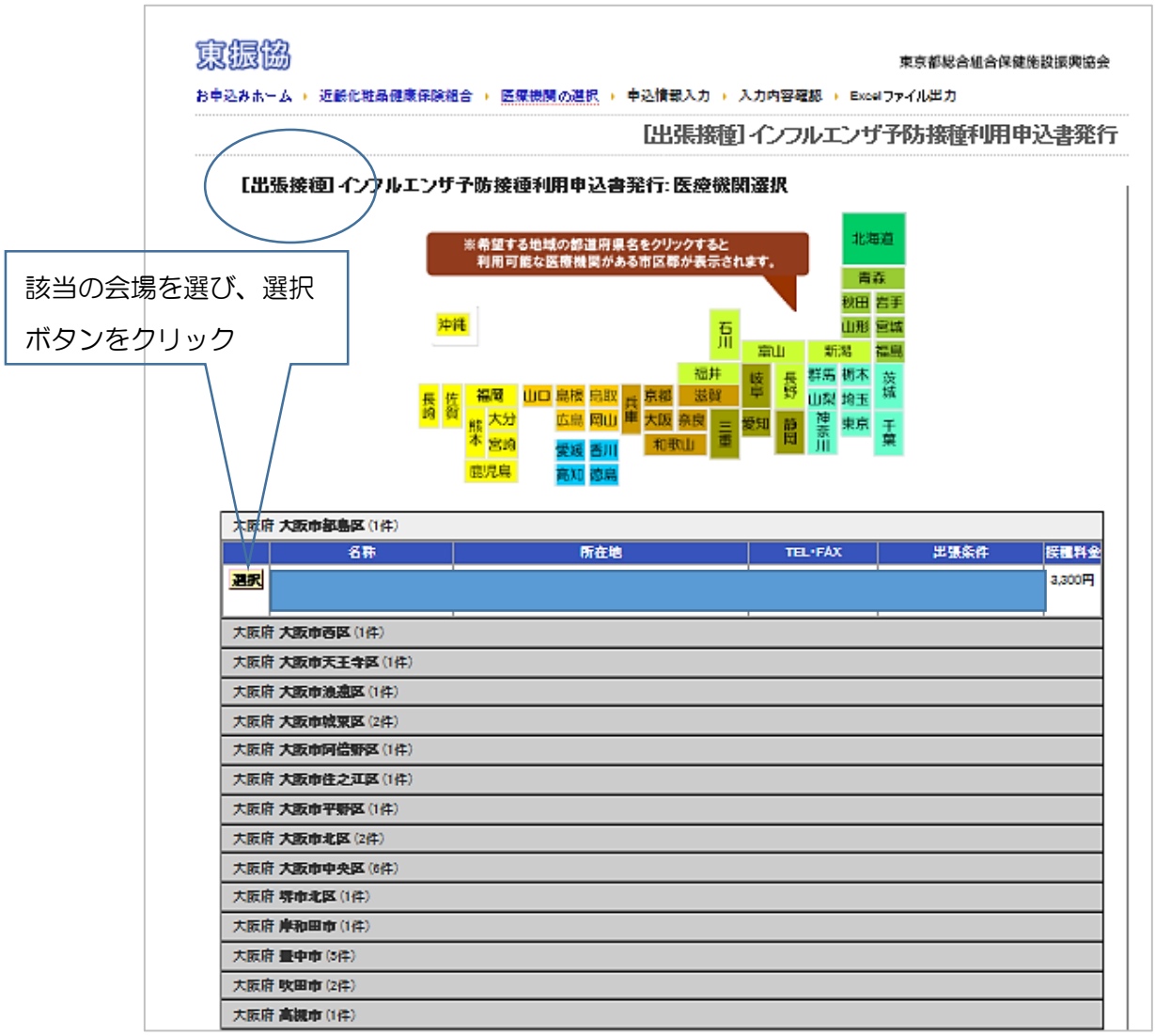
入力された個人情報データは、利用券発行以外は使用（保存）いたしません。

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



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 ▸ [redacted] 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	[redacted] [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 28年 12月 20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 ▸ [redacted] 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

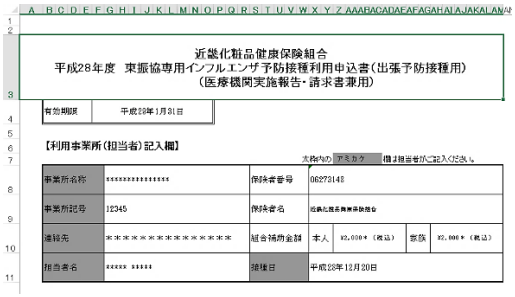
・入力内容をご確認ください。
・内容に誤りがなければ、下の 送信 ボタンを押すと、利用申込書がExcelファイルで表示されます。
ファイルをダウンロードして、ご利用ください。

医療機関名	[redacted]
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28年 12月20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



近畿化粧品健康保険組合
平成28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円（税込）	家族	2,000円（税込）	
担当者名	***** *****	接種日	平成28年12月20日				

送信（利用申込書を表示）をクリックし、
Excel を表示する

出張接種（3）-利用申込書（Excelにて出力）

見本

近畿化粧品健康保険組合
平成28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】

太枠内の アミカケ 欄は担当者がご記入ください。

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	平成28年12月20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）
〒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	（スタンプ可）
電話番号	
医療機関名称	印
東振協契約医療機関コード	A

《医療機関通信欄》

1. 申込者名簿に記入されている方で、受診しなかった方については、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（スタンプ可）のうえ報告（請求）してください。

見本

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

見本

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.toshinkyo.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予防接種する場合

（窓口で全額負担し、事業所経由で補助金を請求）

①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 29 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。

（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・予防接種費用・インフルエンザ予防接種代の明記があるもの。

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。

事業所で取りまとめの上、作成して提出してください

見本

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求書

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

※ 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 （事業所名義の口座でお願いします）

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

＊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の明記があるもの。

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。

事業所で取りまとめの上、作成して提出してください

見本

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 ＴＥＬ	〒　　― ㊞ （　　）
		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？

領　収　書

平成28年11月1日

健保　一郎　様

¥　3,600　円

（但し　ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種料として）

〇〇市〇〇町〇-〇
〇〇〇病院　㊞

請求書健領収書

患者番号　5388

氏名　健保　一郎　様

平成28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	㊞

（ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種料として）

〇〇市〇〇町〇-〇　　〇〇〇病院

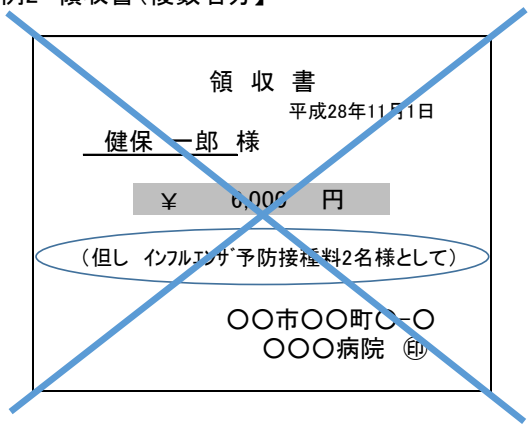
「インフルエンザ予防接種代」の記載はありますか？

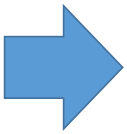
表示がない場合は、「インフルエンザ予防接種代」と記載のある領収書を提出していただくか、「インフルエンザ予防接種済証明書」を合わせて提出してください。

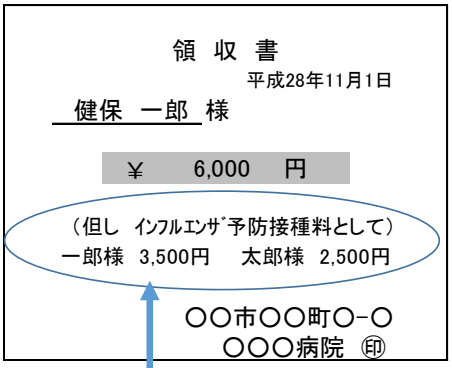
領収印はありますか？

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）】







「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。