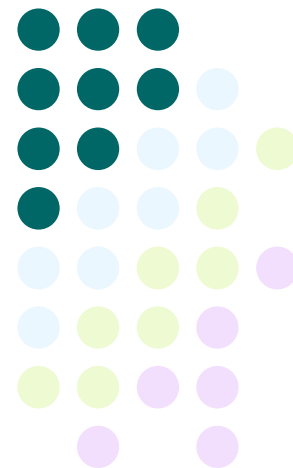
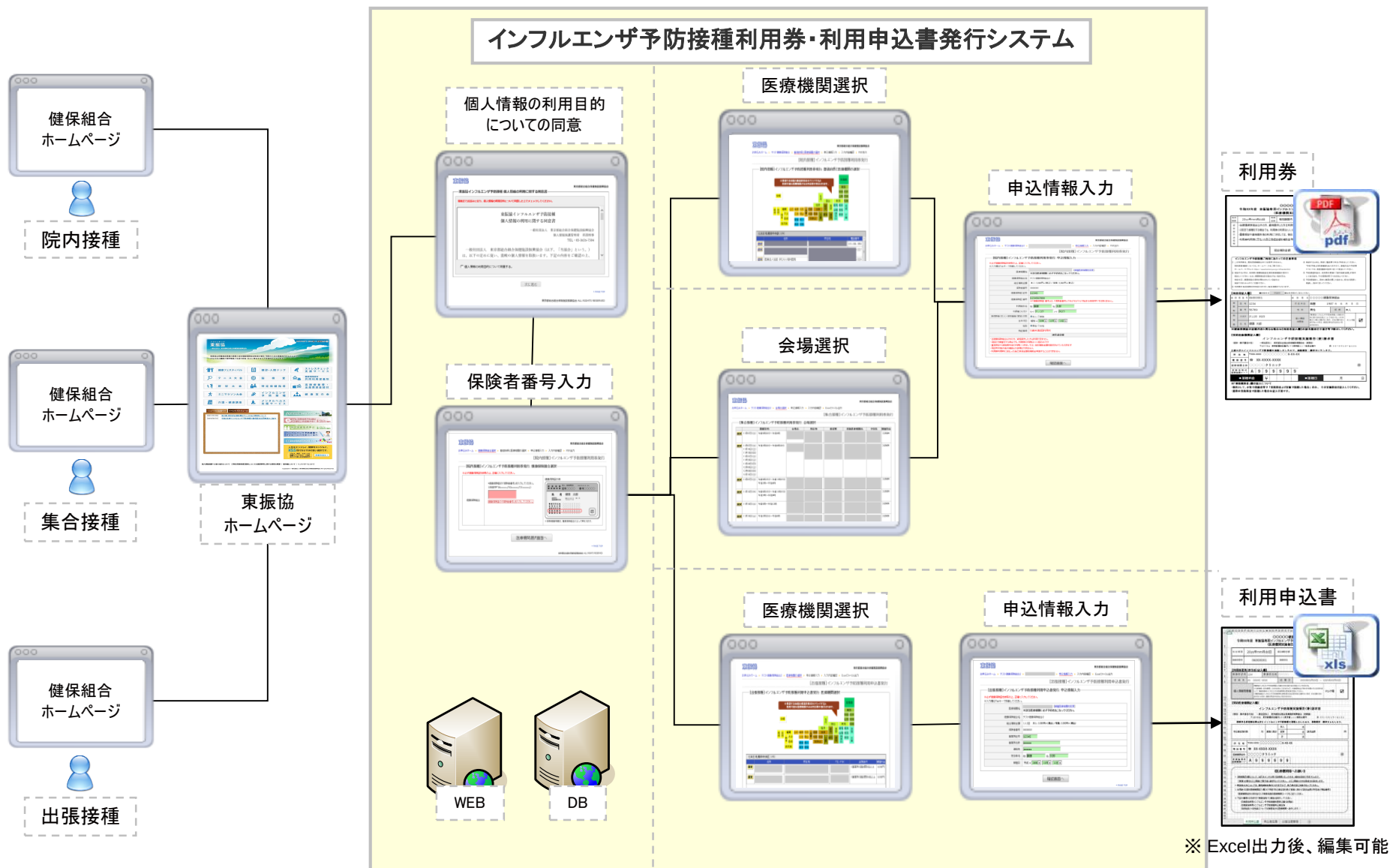


インフルエンザ予防接種利用券・利用申込書 発行システム



一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会

システム構成



共通画面①－東振協ホームページ

トウシンキョウ

東振協

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会

[サイトマップ](#)
[リンク集](#)
[提携協会は？](#)

東振協は保健施設事業の振興と総合健康保険組合制度の普及・啓蒙のための事業を行うことにより、みなさまの健康の保持増進と生活の安定・向上に寄与することを目的としています。

健康フェスティバル

健康・人間ドック

ストレスチェック
支援サービス

テニス大会

脳検査

健康保険組合
共同利用保養所

野球大会

特定保健指導

高額療養費・
出産費資金貸付

ミニマラソン大会

インフルエンザ
予防接種

健康友の会

介護・健康講座

メンタルヘルス
支援サービス

ニュースとお知らせ

イベントスケジュール

2021/01/02

第36回 東京総合健康福祉式テニス大会の開催について

2020/09/01

令和4年度インフルエンザ予防接種の健康保険共同事業のご案内

多摩健康管理センターのご案内

婦人生活習慣病予防健診
特定健診(会場集合型)

オンライン
申し込みのご案内

特定保健指導申込

オンライン
申し込みのご案内

インフルエンザ予防接種の
健康保険共同事業のご案内

健康フェスティバル2019のご案内

人生をエンジョイ。健康をエンジョイ。
R55 世代ならではの買い選択です。

グルメ、旅行、スポーツと
健康イベントなど、1年間
あれこれ楽しめる特典付き！

詳細を見る▶

個人情報保護への取り組みについて | 【特定保健指導】運営についての重要事項に関する規程の概要 | 著作権について | リンクバナーについて

Copyright © 一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会 All rights reserved.

(ホームページアドレス <https://www.toshinkyō.or.jp>)

(専用アドレス <https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>)

[illegible]

共通画面②—個人情報 同意欄のチェック

東振協

東京都総合組合保健施設振興協会

東振協インフルエンザ予防接種 個人情報の利用に関する同意書

最後までお読みになり、個人情報の利用目的について同意した上でチェックしてください。

東振協インフルエンザ予防接種 個人情報の利用に関する同意書

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会
個人情報保護管理者 常務理事
TEL : 03-3626-7504

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会（以下、「当協会」という。）
は、以下の定めに従い、貴殿の個人情報を取扱います。下記の内容をご確認の上、

☐ 個人情報の利用目的について同意する。

1. 個人情報の利用目的について
同意した上でチェック。

次に進む

2. チェック後、「次に進む」ボタンをクリック。
※チェックしないとクリックできません。

[▲ PAGE TOP](#)

TS RESERVED

共通画面③ー契約健保組合入力

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

該当の接種方法を表示

[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。

健康保険組合	*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」) 健康保険証の「保険者番号」を入力してください。	健康保険証の例 健康保険 本人(被保険者) 平成20年02月01日 交付 被保険者証 記号○○○○ 番号○○○○○ 氏 名 健康 太郎 生年月日 昭和27年02月01日 性別 男 資格取得年月日 平成20年02月01日 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 保険者名称 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 印 ※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

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

※保険者番号は8桁(半角数字)フルチェック

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 ▶ ○○○○○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。



東京都 墨田区（12件）

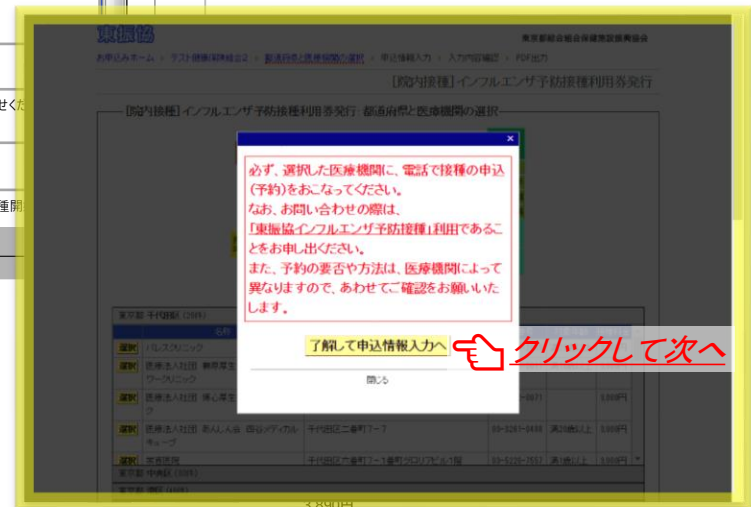
	名称	所在地	電話番号	接種料金	医療機関通信欄
☐	A クリニック	墨田区 ** 町 * - * - *	03 - **** - ****	3,600円	対象年齢13歳以上。
☐	B 病院	墨田区 ** 町 * - * - *	03 - **** - ****	3,960円	受付終了しました。
☐	医療法人社団 東振協クリニック	東京都墨田区亀沢1-7-3 東京都ニッパ保健会館内	03-3626-7504	3,500円	予約制。事前にお問い合わせください。
☐	C 医院	墨田区 ** 町 * - * - *	03 - **** - ****	3,300円	ワクチン在庫あり。
☐	D 診療所	墨田区 ** 町 * - * - *	03 - **** - ****	3,000円	予約不要。10月20日～接種開始。

東京都 江戸川区（12件）

東京都 江東区（28件）

該当の医療機関を選び、
選択ボタンをクリック。

アラート画面が表示される



クリックして次へ

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 ▶ ○○○○○健康保険組合 ▶ 医療法人社団 東振協クリニック ▶ **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	医療法人社団 東振協クリニック [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
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	0600001
健康保険証 記号	1234
健康保険証 番号	56789 ※「健康保険証 番号」は、「保険者番号」(「06」「63」「31」で始まる8桁の数字)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	☒ 本人 ☐ 家族
生年月日	西暦: 1987 6 5
性別	☒ 男性 ☐ 女性
特記事項	13歳未満2回利用可
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できません。	

確認画面へ

▶ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

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 ▶ 医療法人社団 東振協クリニック ▶ 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。
- ・内容に誤りがない場合は、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	医療法人社団 東振協クリニック
健康保険組合名	○○○○健康保険組合
保険者番号	0600001
健康保険証 記号	1234
健康保険証 番号	56789
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	1987年6月5日
組合補助金額	2,000円 * (税込)
性別	男性
特記事項	13歳未満2回利用可
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、利用券発行以外には使用（保存）いたしません。

戻る

印刷(利用券表示)

▶ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

印刷(利用券表示)ボタンをクリックし、PDFを表示する。

表示確認

東振協

東京都総合組合保健施設振興協会

[院内接種] インフルエンザ予防接種利用券発行

利用券は、元のブラウザ画面上に正しく表示されましたか？

(画像等により、表示完了まで数秒の時間を要することがあります)

はい (このウィンドウを閉じます)

いいえ (利用券PDFファイルはダウンロードします)

※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。

▶ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

院内接種③ー利用券(院内接種・集合接種は同じフォーマット)

発行年月日

20YYMMDDhhmmss

〇〇〇〇〇健康保険組合

令和XX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	20yy年mm月dd日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項	13歳未満2回利用可	
健康組合通信欄	・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、組合負担額を請求させていただきます。					
	・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。					
		組合補助金額	本人	¥2,000* (税込)	家族	¥2,000* (税込)

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 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></p> <p>契約医療機関については、ホームページをご覧ください。</p> <p>ホームページアドレス: https://www.toshinkyoku.or.jp/influenza.html</p> | <p>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。</p> <p>「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。</p> |
| <p>② 受診するときは、<u>利用券と健康保険証を契約医療機関の意に提出してください。</u>なお、健康保険証の提出がない場合は、</p> <p>受診当日、健康保険の資格を喪失している場合は</p> <p>受診できませんのでご注意ください。</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ください。</p> |
| <p>③ 利用券の有効期限は本年度10月1日～有効期限までとなります。</p> | <p>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。</p> |

【利用者記入欄】

■本枠内の **アミカケ** 欄は利用者がご記入ください。

保 険 者 番 号		06000001	保 険 者 名		〇〇〇〇〇健康保険組合		
保 険 証	記 号	1234	生 年 月 日	西暦 1987 年 6 月 5 日			
	番 号	56789	性 別	男性	続 柄	本人	
利 用 者	フリガナ	ケンコウ タロウ	個人情報 同意欄	「東亜協印フリエンが予防接種個人情報の利用に関する同意書」について同意する。※利用者記入欄に記載がない場合、又は記載内容に誤りがあった場合、補助金申請が出来ない場合があります。			チェック欄 ☒
	氏 名	健康 太郎					

※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	〒XXX-XXXX ○○○○○○○○X-XX-XX						
電話番号	☎ XX-XXXX-XXXX						
医療機関名称	○○○○○クリニック						(印)
東振協契約 医療機関コード	A	9	9	9	9	9	
■接種料金	¥					■接種日	月 日

※「■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。

20YYMMDDhhmmss

発行年月日

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 ▶ ○○○○○健康保険組合 ▶ 会場の選択 ▶ 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: 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	医療機関通信欄
選択	**月**日(*)	**時～**時	*****	東京都**区**町*-* (map)	*****駅	*****	03-****-****	3,960円 受付中(要予約)
選択	**月**日(*) **月**日(*)	**時～**時	*****	東京都**区**町*-* (map)	*****駅	*****	03-****-****	3,600円 ※受付終了しました。
選択	11月30日(土)	9時～12時 13時～15時	東振協ホール	東京都墨田区亀沢1-7-3 (map)	両国駅	医療法人社団 東振協クリニック	03-5619-4121	3,960円 受付中(要予約)
選択	**月**日(*)	**時～**時 **時～**時	*****	東京都**区**町*-* (map)	*****駅	*****	03-****-****	3,960円 ※受付終了しました。
選択	**月**日(*) **月**日(*)	**時～**時	*****	東京都**区**町*-* (map)	**			
選択	**月**日(*)	**時～**時 **時～**時	*****	埼玉県**市**町*-* (map)	**			

該当の会場を選び、
選択ボタンをクリック。

アラート画面が表示される

[集合接種] インフルエンザ予防接種利用券発行: 会場選択

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」利用であることを申し出てください。
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

クリックして次へ

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 ▶ ○○○○○健康保険組合 ▶ 東振協ホール ▶ **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30日(土) 9時~12時 13時~15時 東振協ホール [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	医療法人社団 東振協クリニック
健康保険組合名	○○○○○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	0600001
健康保険証 記号	1234
健康保険証 番号	56789 ※「健康保険証 番号」は、「保険者番号」(「06」「63」「31」で始まる8桁の数字)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	☒ 本人 ☐ 家族
生年月日	西暦: 1987年 6月 5日
性別	☒ 男性 ☐ 女性
特記事項	13歳未満2回利用可
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ありません

確認画面へ

▶ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

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 ▶ 東振協ホール ▶ 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。
- 内容に誤りがない場合は、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30日(土) 9時~12時 13時~15時
接種会場名	東振協ホール
担当医療機関名	医療法人社団 東振協クリニック
健康保険組合名	○○○○○健康保険組合
保険者番号	0600001
健康保険証 記号	1234
健康保険証 番号	56789
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	1987年6月5日
組合補助金額	2,000円 * (税込)
性別	男性
特記事項	13歳未満2回利用可
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ありません

入力された個人情報データは、利用券発行以外では使用(保存)いたしません。

戻る

印刷(利用券表示)

▶ PAGE TOP

印刷(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(Page8)

表示確認

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

東振協

東京都総合組合保健施設振興協会

[集合接種] インフルエンザ予防接種利用券発行

利用券は、元のブラウザ画面上に正しく表示されましたか?
(※画像により、表示完了まで数秒の時間を要することがあります)

はい (元のブラウザを開きます)

いいえ (利用券PDFファイルのダウンロードします)

※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。

▶ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

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 ▶ ○○○○○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。



東京都 墨田区 (3件)

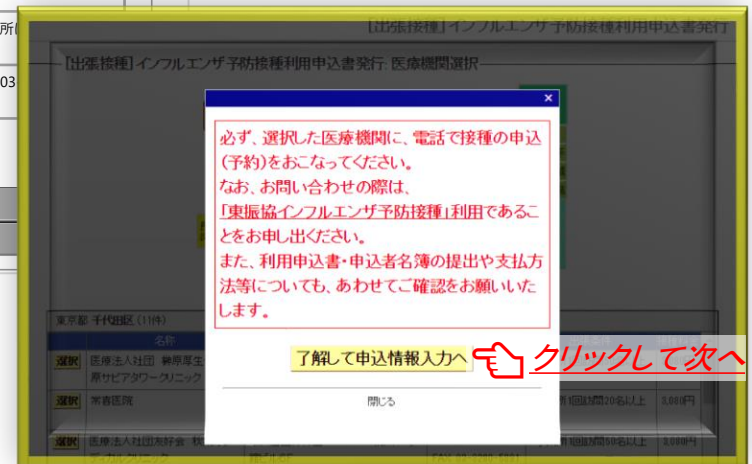
	名称	所在地	TEL・FAX	接種料金	医療機関通信欄
選択	B 病院	墨田区 * 町 * - * - *	03 - **** - **** 03 - **** - ****	3,960円	1事業所1回訪問100名以上
選択	医療法人社団 東振協クリニック	東京都墨田区亀沢1-7-3 東京都二ツ井保健会館内	03 - **** - **** 03 - **** - ****	3,300円	原則、墨田区周辺の事業所 人数は応相談。
選択	E 健康管理センター	墨田区 * 町 * - * - *	03 - **** - **** 03 - **** - ****	3,600円	予約専用問い合わせ先: 03

東京都 江戸川区 (5件)

東京都 江東区 (12件)

該当の医療機関を選び、
選択ボタンをクリック。

アラート画面が表示される



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 > ○○○○○健康保険組合 > 医療法人社団 東振協クリニック > 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	医療法人社団 東振協クリニック [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
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	06000001
事業所記号	1234
事業所名称	株式会社 東振協
連絡先	03(3626)7504
担当者名	姓: 健康 名: 一郎
接種日	西暦: 20yy年 10月 1日 ~ 西暦: 20yy年 10月 3日

確認画面へ

・ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

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 > 医療法人社団 東振協クリニック > 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。
- 内容に誤りがない場合は、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	医療法人社団 東振協クリニック
健康保険組合名	○○○○○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	06000001
保険証記号	1234
事業所名称	株式会社 東振協
連絡先	03 (3626) 7504
担当者名	健康 一郎
接種日	20yy 年 10月 1日 ~ 20yy 年 10月 3日
特記事項	13歳未満2回利用可

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。

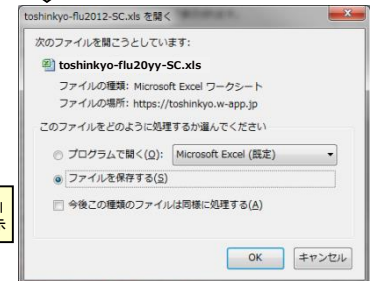
戻る

Excelダウンロード(利用申込書)

・ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

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



Excel
を表示

○○○○○健康保険組合												
令和XX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	20yy年mm月dd日	組合補助金額	本人	¥2,000* (税込)	家族	¥2,000* (税込)						
保険者番号	06000001	保険者名	○○○○○健康保険組合									
【利用事業所(担当者)記入欄】 本格内の アミメ 欄は担当者にご記入ください。												
事業所記号	1234	事業所名称	○○○○○	担当者名	健康 太郎							
連絡先	XX (XXXX) XXXX	接種日	XXXX年XX月XX日 ~ XXXX年XX月XX日									
個人情報同意欄 「東振協インフルエンザ予防接種個人利用の同意」欄に同意する同意書について同意する。 ※代表者様(担当者様)のみが同意していただきます。代表者様は必ず個人利用書の方にも同意を の上で、東振協専用インフルエンザ予防接種申込書欄に記録してください。 ※東振協専用インフルエンザ予防接種申込書欄にある必要事項に記録がない場合、又は記録内容に 誤りがあった場合、補助金申請が出来ない場合があります。												
											チェック欄	☒

・申込者情報

・接種予定者リスト

・注意事項

〇〇〇〇〇健康保険組合			
令和XX年度 東振協専用インフルエンザ予防接種利用申込書(出張予防疫種用) (医療機関実施報告・請求書兼用)			
有効期間	20yy年mm月dd日	組合補助金額	本人 ￥2,000* (税込) 家族 ￥2,000* (税込)
保険者番号	06000001	保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合

【利用事業所(担当者)記入欄】

事業所記号 1234	事業所名称 〇〇〇〇〇	太持内の方 アシカケ 横は担当者が記入ください。 担当人名 姓 太郎
連絡先 XX (XXXXX) XXXX	接 続 口	XXXX年XX月XX日 ~ XXXX年XX月XX日
個人情報同意欄 「新型コロナウイルス予防接種個人情報を適切に扱う同意書」について同意する。 ※代表者様（担当者）のみにお読みいただき、代表者は必ず同意の方向に回答を返すこと。東振協専用インフルエンザ予防接種申し込み者に通知していただく。 ※東振協専用インフルエンザ予防接種申請に必要となる必要事項に記載がない場合、又は記載内容が誤りである場合、組合事務局よりお問い合わせあります。		チェック欄 ☒

【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・請求書交付先》 一般社団法人 東京都総合合同会館施設管理委員会（東京館）
 〒130-0041 東京都墨田区亀戸1-7 東京都ニッパル保険会館内 ☎ 03-5619-4121

御署名等ご就名欄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。

申込者名漢字数	枚	実施人数計	本人 名	密接 名	請求金額 円
			計 名		

所在地	〒XXX-XXXX 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇X-XX-XX
電話番号	☎ XX-XXXX-XXXX
医療機関名称	〇〇〇〇〇クリニック
医療機関印 医療機関コード	A 9 9 9 9 9 9

《医療機関様へお願い》

1. [実施確認]欄については、当市センター等で実施となった方は、補助金請求で添付してください。
 「実施」の部分に「申請」と書き加え、緑色に書いてください。黄・青の申請の方は請求から除外します。

2. 無償給付の方については、随時補助対象外となりますので、申込者名簿には載付しないでください。

3. 本用紙の〔契約医療機関記入欄〕の7項目(申込者名漢字数)「実施人数計」「請求金額」「所在地」「電話番号」「医療機関名称(部印章含む)」「東振協契約医療機関コード」をご記入ください。

4. 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(本記入)
 ②東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿
 ③結核表(※結核表については東振協から医療機関へ送付します。)

A B C D E F G H I J K														
2	東亜協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿													
3	※ 実施場所の方については、健康補助券の発行がなされますので、申込書表裏に貼付してください。													
4	※ 「実施場所」欄について、当日キャンセル等や準備が完了した場合は、補助金請求できませんので、「実施」の部分が二重線で取り囲み、横線を引いてください。													
5	医療機関コード	A130000	医療機関名	医療法人社団 東亜協専科クリニック										
6	保健番号	06130000	保健番号	〇〇〇〇〇〇〇〇健康補助組合										
7	事業所記号	1224	事業所名称	株式会社 東亜協専										
8	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
9	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
10	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
11	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
12	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
13	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
14	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
15	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
16	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
17	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
18	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
19	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
20	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
21	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
22	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
23	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
24	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
25	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
26	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
27	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
28	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
29	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
30	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
31	実施日	10月1日	接種番号	1224	接種回数	1	接種場所	〇〇〇〇〇〇〇〇	接種時間	〇〇:〇〇	接種人数	〇	接種費用	〇
32	実施日	10月1日	接種											

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

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、出張接種医療機関一覧表の出張接種可能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、人跡、場所、お支払方法等をご確認のうえ予約をしてください。予約後、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、医療機関一覧表の医療機関通信欄は目安となりますので、医療機関通信欄の内容を満たしていても予約をお断りされる場合がありますので、ご了承ください。
- 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」「病状」「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、行を追加またはシートをコピー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、同じ健康保険組合であっても「事業所記号ごと」に作成をお願いします。

例) 同事業所内で同じ事業所記号「100」「150」「200」の利用者がいる場合
東協協ホームページより、申込者名簿（出張用）発行で
「事業所記号」を「100」「150」「200」で3回Excelダウンロードし、それぞれ事業所記号ごとに
利用申込書及び申込者名簿を作成をお願いします。

2. 注意事項

- ① 予防接種をキャンセルする場合、又は予約日時を変更する場合は、必ず事前に医療機関と調整してください。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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、お支払いの差額のみとなります。
- ⑤ 予防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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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 <https://www.toshinkyoo.or.jp/influenza.html>）をご覧ください。
- ⑧ 事業所の所在地が劇断の場合は、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。

利用申込書

申込者名簿

出張注意事項

+

13

実施医療機関一覧表(サンプル)

【院内予防接種】実施医療機関一覧

医療機関コード	医療機関名称	郵便番号	住所	電話番号	院内接種	
					予防接種料金(税込)	医療機関通信欄
A130001	A クリニック	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	3,600	対象年齢13歳以上。
A130002	B 病院	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	3,960	受付終了しました。
A130003	C 医院	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	3,300	ワクチン在庫あり。
A130004	D 診療所	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	3,000	予約不要。10月20日～接種開始。
A130005	E 健康管理センター	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	3,500	予約制。事前にお問い合わせください。

【出張予防接種】実施医療機関一覧

医療機関コード	医療機関名称	郵便番号	住所	電話番号	FAX番号	出張接種	
						予防接種料金(税込)	医療機関通信欄
A130002	B 病院	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	03-****-****	3,960	1事業所1回訪問100名以上
A130005	E 健康管理センター	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	03-****-****	3,600	予約専用問い合わせ先：03-****-****
A130006	F クリニック	130-0000	東京都墨田区**町*-**-*	03-****-****	03-****-****	3,300	原則、墨田区周辺の事業所に限り対応可。人数は応相談。
A130007	G 医院	132-0000	東京都江戸川区**町*-**-*	03-****-****	03-****-****	3,000	受付終了（院内接種は、まだ受付中）
A130008	H 診療所	132-0000	東京都江戸川区**町*-**-*	03-****-****	03-****-****	3,500	ワクチン在庫有。電話にてお気軽にお問い合わせください。