

---

# 「東振協利用券・利用申込書発行システム」 について

東京金属事業健康保険組合

健康管理部

令和6年8月1日

# 組合ホームページ

東京金属事業健康保険組合

ホーム > 所在地・お問い合わせ > 個人情報の取り扱いについて > 関連リンク > サイトマップ

文字サイズ 小 中 大

健康保険組合のご案内	加入員専用ページ・健康と生活バックナンバー	申請書一覧	健康保険の給付・保険証のことなど	各種健診のご案内	健康増進事業・各種割引券	保養施設	事業所担当者ページ
------------	-----------------------	-------	------------------	----------	--------------	------	-----------

お知らせ

- 特定健診&特定保健指導
- データヘルス計画
- インフルエンザ予防接種費用補助金**
- レクリエーション施設割引
- 契約サービス提供施設等(ヘルシーアップサポート)
- 脳検査のご案内
- 秋川球場
- 健康管理委員のページ

よくある質問

MY HEALTH WEB マイヘルスウェブ

ログインはこちら

新型コロナウイルス感染症対策について

千代田健診センターのご案内・予約状況

健康企業宣言 健康優良企業認定制度

メンタルヘルス支援サービス(電話・web相談)

お役立ち情報

専門医による誌上セミナー

TOPICS

- 2023/06/12 令和5年度秋季婦人生活習慣病健診についてのご案内
- 2023/07/03 NEW▶加入員専用ページに健康と生活7月号を掲載しています
- 2023/06/26 NEW▶第68回事業所対抗軟式野球(1部)大会が6月25日(日)に閉幕しました。(第4日目試合結果について)

ここをクリック

東京金属事業健康保険組合

ホーム > 所在地・お問い合わせ > 個人情報の取り扱いについて > 関連リンク > サイトマップ

文字サイズ 小 中 大

健康保険組合のご案内	加入員専用ページ・健康と生活バックナンバー	申請書一覧	健康保険の給付・保険証のことなど	各種健診のご案内	健康増進事業・各種割引券	保養施設	事業所担当者ページ
------------	-----------------------	-------	------------------	----------	--------------	------	-----------

健康増進事業 > インフルエンザ予防接種費用補助金

## 健康増進事業 インフルエンザ予防接種費用補助金

①東振協を利用する場合  
②当組合(東振協以外)による補助金請求の場合

※東振協及び当組合が実施する事業のいずれか1回限りです。重複の申請はできません。  
※自治体により補助制度が受けられる場合がありますので、お住まいの自治体にご確認のうえ、ご利用ください。

①東振協を利用する場合

- 補助額を事前に差引いた金額で予防接種が受けられます。
- 令和4年度東振協によるインフルエンザ予防接種・利用手順
- ※東振協のHP**
- [個人情報の利用に関する同意書](#)

②当組合(東振協以外)による補助金請求の場合

特定健診&特定保健指導	データヘルス計画	<b>インフルエンザ予防接種費用補助金</b>	レクリエーション施設割引券	契約サービス提供施設等(ヘルシーアップサポート)	脳検査のご案内
-------------	----------	-------------------------	---------------	--------------------------	---------

ここをクリック

# 共通画面①－東振協ホームページ

(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>)

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 東京都総合保健施設振協会 All rights Reserved.

1. 該当の接種をクリック

2. 発行ボタンをクリック

# 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。

## インフルエンザ予防接種における 個人情報の取扱いについて

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

© 2015 ALL RIGHTS 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

[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	<p>*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」)</p> <p>健康保険証の「保険者番号」を入力してください。</p>	<p>本人（被保険者）令和 3年10月10日 交付</p> <p>健康保険 被保険者証</p> <p>記号 999 番号 9999 (枝番) 00 氏名 東金 太郎 性別 男 生年月日 昭和50年10月10日 資格取得年月日 平成30年 5月 1日</p> <p>QR コード</p> <p>保険者所在地 東京都千代田区岩本町一丁目11番11号 保険者番号・名称 <b>06123456</b> 東京金属事業健康保険組合 電話03 (3866) 2811</p>
--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

該当の接種方法を表示

※保険者番号は8桁(半角数字)フルチェック

保険者番号は、お持ちの被保険者証の  
赤い四角の数字です

# 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

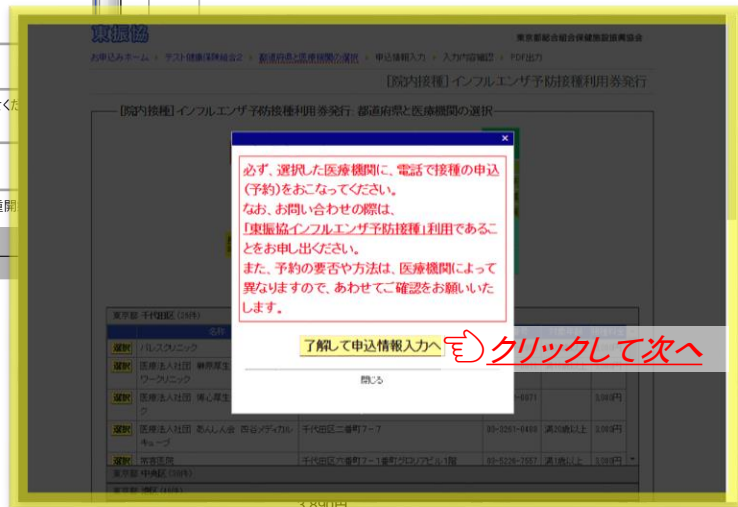


	名称	所在地	電話番号	接種料金	医療機関通信欄
<input type="checkbox"/>	A クリニック	墨田区 ** 町 * - * - *	03 - **** - ****	3,600円	対象年齢13歳以上。
<input type="checkbox"/>	B 病院	墨田区 ** 町 * - * - *	03 - **** - ****	3,960円	受付終了しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	医療法人社団 東振協クリニック	東京都墨田区亀沢1-7-3 東京都二ツ井健保会館内	03-3626-7504	3,500円	予約制。事前にお問い合わせください。
<input type="checkbox"/>	C 医院	墨田区 ** 町 * - * - *	03 - **** - ****	3,300円	ワクチン在庫あり。
<input type="checkbox"/>	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



了解して申込情報入力へ **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 <small>[接種医療機関を変更]</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	○○○○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 <small>※「健康保険証 番号」は、「保険者番号」(106)「63」J「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。</small>
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
生年月日	西暦: 1987 6 5
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
特記事項	13歳未満2回利用可
健保通信欄	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・市区町村等の他の補助との併用できません。</li> <li>・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。</li> </ul>	

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。印刷にご利用ください。
- ※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、利用券発行以外で使用いたしません。

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を表示してください。

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？

(環境等により、表示完了まで待機する場合があります)

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)

20YYMMDDhhmmss						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	12才以下(小学生)は2回利用可						
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。										
組合補助金額			本人	¥1,000*(税込)	家族	¥1,000*(税込)					
<b>インフルエンザ予防接種ご利用にあたっての注意事項</b> ① この利用券は、 <b>契約医療機関以外では使用できません。</b> 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: <a href="https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html">https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html</a> ② 受診するときは、契約医療機関の窓口にて、利用券の提出と健康保険証の提示をしてください。なお、健康保険証の提示がない場合又は、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 <b>本年度10月1日～有効期限まで</b> 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。											
<b>【利用者記入欄】</b> ■太枠内の アミカケ 欄は利用者がご記入ください。											
保険者番号	6000001				保険者名	〇〇〇〇健康保険組合					
保険証	記号	1234			生年月日	西暦 XXXX年 XX月 XX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	別紙「インフルエンザ予防接種における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、同意をお願いします。				同意	<input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	健康 太郎				チェック欄					
※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。 ※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。											
<b>【契約医療機関記入欄】</b> 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東京都ネット健会館内 ☎ 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-XXX-XXXX										
医療機関名称	〇〇〇〇クリニック <span style="float: right;">(印)</span>										
東振協契約医療機関コード	A	9	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											



# 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ます

【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	実施医療機関名	予約先	接種料金
11月07日(土) 午前9時30分～午後	聖法人社団 生 会 新宿南分ク ワ 板橋分院	03-5473-0827	3,000円
11月07日(土) 午後1時30分～午後	聖法人社団 生 会 新宿南分ク ワ	03-5473-0827	未設定
11月07日(土) 午前9時15分～午前 午後1時～午後4時	聖法人 豊和会 保健管理セン	046-547-2872	未設定
11月14日(土) 午前9時～午後12時	新藤=公研前F タウ=10F (map)	千葉市=谷津 新藤=027-9-17 津=谷	聖武=新京成=北12階 新 藤=谷
11月14日(土) 午前9時～午後12時	聖法人社団 徳 人会 東京東=デ イ カルタクリニック	03-5443-0872	未設定

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 クリックして次へ

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 ▶ ○○○○○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 <a href="#">[接種会場を変更]</a> ※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	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族
生年月日	西暦: 1987年 6月 5日
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 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

▶ 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、利用券発行以外では使用(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を表示します。  
 ※ PDFは院内接種利用券と同じフォーマット(Page8)

表示確認

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?  
 (遅延等により、表示完了まで材料の時間を要することがあります)

はい (このウインドウを閉じます)

いいえ (利用券PDFファイルを開くページへ移動します)

※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

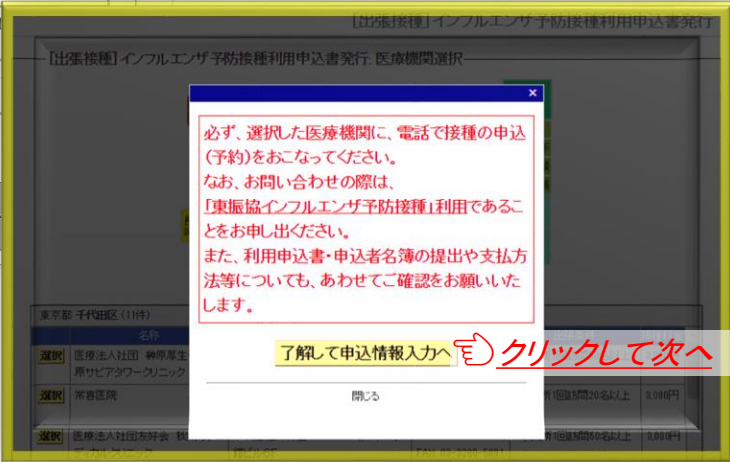
[出張接種] インフルエンザ予防接種利用申込書発行: 医療機関選択



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
<input type="checkbox"/>	B病院	墨田区**町*-**-*	03-****-**** 03-****-****	3,960円	1事業所1回訪問100名以上
<input checked="" type="checkbox"/>	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 東京都二ツ井健保会館内	03-****-**** 03-****-****	3,300円	原則、墨田区周辺の事業所 人数は応相談。
<input type="checkbox"/>	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ます



# 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 <small>[接種医療機関を変更]</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	○○○○○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。ファイルをごダウンロードして、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

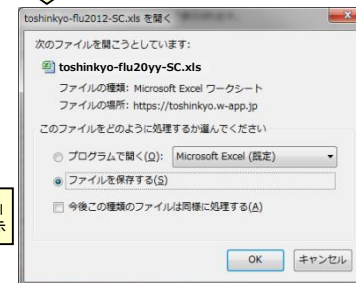
Excelダウンロード(利用申込書)

▲ PAGE TOP

ダウンロード

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を表示します。



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	¥×,×××*(税込)		家族	¥×,×××*(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】											
太枠内の アミカケ 欄は担当者にご記入ください。											
事業所記号	1234	事業所名称	株式会社○○○○○			担当者名	○○○				
連絡先	××(××××)××××		接種日	××××年××月××日 ~ ××××年××月××日							
個人情報同意欄	別紙「インフルエンザ予防接種における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、同意をお願いします。 ※代表者様(担当者様)のみの同意としておりますので、代表者様は必ず他の利用者の方にも同意を得た上で、東振協専用インフルエンザ予防接種申込書名簿に登録してください。									同意 チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/>
※必要事項に記載がない場合、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。											

# 出張接種③ー利用申込書(Excel 3sheetにて出力)

## ・申込者情報

## ・接種予定者リスト

## ・注意事項

〇〇〇〇健康保険組合												
令和XX年度 東協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	Y,×,××× (税込)		家族	Y,×,××× (税込)				
保険者番号	06000001		保険者名	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	株式会社〇〇〇〇				担当者名	〇〇 〇〇			
連絡先	×× (XXXX) XXXX		接種日	XXXX年XX月XX日 ~ XXXX年XX月XX日								
個人確認 同意欄	当組合インフルエンザ予防接種には個人確認同意書についてお断りください。同意を認めます。 ※代表者(担当職員)のみ同意した場合は、代表者名を必ず利用者の氏名に併記の上、 本組合専用インフルエンザ予防接種実施報告書に併記してください。										同意 チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/>
【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												
《業名・業種等選択》 一般社団法人 東協協組合合同建設建設組合 (医療用)												
〒130-0014 東京都豊島区亀沢1-1-3 東協協二ツツビル5階501号 03-5610-4121												
別紙申込書記載名簿の方にインフルエンザ予防接種を実施しますので、実施報告・請求をいたします。												
申込者名簿枚数	実人数計	請求金額	実額確認チェック欄									
本人	名	<input type="checkbox"/> 確認しました										
家族	名	申込者名簿の「業名選択」について、印刷用、カギ等で										
計	名	ご確認いただき、チェックしてください。										
所在地	FXXX-XXXX 〇〇〇〇〇〇〇〇-XX-XX											
電話番号	☎ XX-XXX-XXXX											
医療機関名称	〇〇〇〇クリニック											
医療機関コード	A 9 9 9 9 9 9 9											
【医療機関様へお願い】												
1. 実施施設について、当日キャンセル等で変更された場合は、請求金額を変更できません。 「実施施設」欄に「変更」の項目に記入し、変更後の施設名を併記してください。												
2. 実人数の方については、接種補助対象外となります。申込者名簿には併記しないでください。												
3. 本所内の「契約医療機関記入欄」の項目「申込者名簿枚数」「実人数計」「請求金額」「実施施設コード」 「所在地」「電話番号」「医療機関名称(印刷用)」「実額確認医療機関コード」をご記入ください。												
4. 下記の書類を併せて医療機関様に送付(請求)してください。 ①実施報告専用インフルエンザ予防接種利用申込書(本用紙) ②実施報告専用インフルエンザ予防接種申込者名簿 ③締結書(※締結書については実額確認から医療機関へ送付します。)												

東協協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿											
※ 実人数の方については、接種補助対象外となりますので、申込者名簿には併記しないでください。											
※1 「実施施設」欄については、当日キャンセル等で変更された場合は、補給金請求できませんので、「実施施設」欄に「変更」の項目に記入し、変更後の施設名を併記してください。											
医療機関コード	A130000		医療機関名	医療法人社団 東協協クリニック				※2 PC入力する場合は性別「性別」について性別は「男」または「女」で入力してください。			
保険者番号	06130000		保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合							
事業所記号	1234		事業所名称	株式会社 東協協				性別は「男」または「女」で入力してください。			
接種日	接種回数	接種予定者名	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢	生年月日(西暦)
実施	10月1日	101	健康	一部	ケック	ケック	ケック	ケック	ケック	ケック	1999年1月1日
実施	10月1日	102	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月2日
実施	10月1日	103	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月3日
実施	10月1日	104	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月4日
実施	10月1日	105	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月5日

東協協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿											
※ 実人数の方については、接種補助対象外となりますので、申込者名簿には併記しないでください。											
※1 「実施施設」欄については、当日キャンセル等で変更された場合は、補給金請求できませんので、「実施施設」欄に「変更」の項目に記入し、変更後の施設名を併記してください。											
医療機関コード	A130000		医療機関名	医療法人社団 東協協クリニック				※2 PC入力する場合は性別「性別」について性別は「男」または「女」で入力してください。			
保険者番号	06130000		保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合							
事業所記号	1234		事業所名称	株式会社 東協協				性別は「男」または「女」で入力してください。			
接種日	接種回数	接種予定者名	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢	生年月日(西暦)
実施	10月2日	121	健康	次郎	ケック	ケック	ケック	ケック	ケック	ケック	1999年1月21日
実施	10月2日	122	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月20日
実施	10月2日	123	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月20日
実施	10月2日	124	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月24日
実施	10月2日	125	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月25日
実施	10月2日	126	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月26日
実施	10月2日	127	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月27日

東協協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿											
※ 実人数の方については、接種補助対象外となりますので、申込者名簿には併記しないでください。											
※1 「実施施設」欄については、当日キャンセル等で変更された場合は、補給金請求できませんので、「実施施設」欄に「変更」の項目に記入し、変更後の施設名を併記してください。											
医療機関コード	A130000		医療機関名	医療法人社団 東協協クリニック				※2 PC入力する場合は性別「性別」について性別は「男」または「女」で入力してください。			
保険者番号	06130000		保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合							
事業所記号	1234		事業所名称	株式会社 東協協				性別は「男」または「女」で入力してください。			
接種日	接種回数	接種予定者名	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢	性別	年齢	生年月日(西暦)
実施	10月3日	141	健康	三郎	ケック	ケック	ケック	ケック	ケック	ケック	1999年1月10日
実施	10月3日	142	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月11日
実施	10月3日	143	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月12日
実施	10月3日	144	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月13日
実施	10月3日	145	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月14日
実施	10月3日	146	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月15日
実施	10月3日	147	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月16日
実施	10月3日	148	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月17日
実施	10月3日	149	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月18日
実施	10月3日	150	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	1999年1月19日

事業主 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、人数、場所、支払方法等をご確認のうえ予約をしてください。予約後は、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、医療機関一覧の医療機関連絡欄は目安となりますので、医療機関連絡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が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、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してください。 (例) 同事業所内で事業所記号「100」「150」「200」の利用者がいる場合 東協協ホームページの「利用申込書(出張用)発行」より「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してください。											
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及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るので、お支払いは差額のみとなります。											
⑤ 予約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、身体に異常を感じた場合は、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: <a href="https://www.toshinkyoo.or.jp/influenza.html">https://www.toshinkyoo.or.jp/influenza.html</a> )をご覧ください。											
⑧ 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。											

※ 接種予定者はExcel出力後に、直接Excelへ入力してください。入力行はコピー・貼付けで追加することができます。