東京薬業健康保険組合
令和7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	2026年2月28日	利用回数	有効期限内　1回	特記事項	
健保組合通信欄	・接種当日に当組合の資格がある被保険者及び被扶養者が利用できます。 ・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。 ・この利用券を使用して予防接種を受けた方（フルミスト含む）は、すでに当組合の補助額が差引かれているため、別途当組合へ補助金を請求することはできません。				

組合補助金額	本人	¥1,500*(税込)	家族	¥1,500*(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

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：https://www.toshinkyo.or.jp/influenza.html

② 受診するときは、契約医療機関の窓口に、利用券の提出と健康保険証（マイナ保険証※・資格確認書）の提示をしてください。
なお、これら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。
※マイナ保険証：健康保険証として利用登録済みのマイナンバーカード

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。

【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。

保険者番号		06132948	保険者名	東京薬業健康保険組合		
保険証	記号		生年月日	西暦　年　月　日		
	番号		性別	男性 / 女性	続柄	本人 / 家族
利用者	フリガナ		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。	同意チェック欄	□
	氏名					

※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。
※健康保険証等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）
〒130-0021　東京都墨田区緑1-11-2　両国M-1 Garden 4階　☎ 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	
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。