

令和 6 年度

インフルエンザ予防接種事業実施要項



東京薬業健康保険組合 健診部予防課

☎ 03 (3833) 3272

<https://www.toyaku-kenpo.or.jp>

2024/8/15

はじめに

東京薬業健康保険組合(以下当組合)では、インフルエンザ予防接種費用を一部補助しております。

補助の方法は以下の2通りのいずれか1つです。

- ① 東振協^{とうしんきょう}*が契約する医療機関で接種をして接種費用の補助を受ける方法
- ② 接種時に立て替え払いをして後日当組合に補助金を請求する方法

※①東振協が契約する医療機関(全国に約3,000施設)で接種すると、補助金の窓口精算ができるため、補助金の請求が不要となります。

加入者の皆さまや、事業所担当者さまの事務負担を軽減できる事業となっておりますので、ぜひご利用ください。

*東振協：一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会

東京都内に所在する総合健康保険組合の保健施設事業の普及・啓発を目的として設立された法人団体です。

令和6年度のインフルエンザ予防接種補助概要	
対象者	被保険者及び被扶養者 ※接種日当日に当組合の資格がある方
補助金額	1人あたり 上限1,500円 接種期間内1回分限り 他の制度(自治体等)の補助を受けた方は、補助後の実費支払額が対象となります。

ご注意下さい!

東振協の契約医療機関で「インフルエンザ予防接種利用券」を使用した場合、
当組合へ補助金請求はできません!

当組合の補助は接種期間内に1回分のみです。

東振協の「インフルエンザ予防接種利用券」を使用して接種を受けた方は、医療機関窓口で当組合の補助額1,500円がすでに差し引かれています。

重複支給が発生した場合、補助金費用を返還していただくこととなります。

目次

接種方法早見表	．．．．．	3
---------	-------	---

●^{とうしんきょう}東振協予防接種事業を利用する場合

東振協予防接種事業について	．．．．．	4
---------------	-------	---

申込みと利用券発行方法	．．．．．	5
-------------	-------	---

接種当日の流れ	．．．．．	6
---------	-------	---

補助対象外の利用があった場合	．．．．．	9
----------------	-------	---

●補助金制度を利用する場合

(東振協予防接種事業を利用せずに接種を受けた場合)

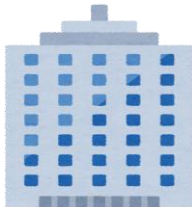
補助金請求方法	．．．．．	10
---------	-------	----

●Q&A	．．．．．	12
------	-------	----

●自宅にプリンターが無い方へ	．．．．．	13
----------------	-------	----

接種方法早見表

次の接種方法のうち、いずれか1つを選択し接種を受けてください。

接種方法	東振協 ※一部年齢制限あり 補助金請求不要！			東京薬業健康保険組合
	集合予防接種	院内予防接種	出張予防接種	補助金
	個人や家族単位で接種を受ける方にオススメ！ 公民館等の決められた日時・場所で接種 		従業員からの予防接種を一括で実施したい事業所にオススメ！ 事業所に東振協の医療機関が出張し、集団接種 	東振協契約医療機関以外を利用される方はこちら！ 
支払方法	接種日当日に医療機関の窓口で支払い		社員分をまとめて支払い	全額立替払いし、後日当組合へ請求
接種期間	11月～12月	10月～翌年2月		9月～翌年2月
補助金限度額	上限 1,500 円 （1人あたり年度内1回のみ）			
利用方法	① 東振協ホームページの東振協契約医療機関の一覧から希望する医療機関または会場を選び、電話予約。 ② 東振協ホームページの利用券発行申込ページに必要事項を入力し、「インフルエンザ予防接種利用券」を印刷。 ③ 接種日当日、医療機関へ「インフルエンザ予防接種利用券」・「保険証等」※を持参し、補助金額（1,500 円）が差し引かれた額を医療機関窓口で支払う。 なお、出張予防接種は、事業所担当者の方がとりまとめて手続きを行う必要があります。 ※保険証等とは、健康保険被保険者証、マイナ保険証、資格確認書をさします。			当組合所定の請求用紙に領収書のコピーを添付し、当組合へ郵送。後日、補助金が振り込まれます。
詳細は 4 ページへ				詳細は 10 ページへ

東振協予防接種事業を利用する場合

全国 3,000 を超える「東振協契約医療機関」で予防接種を受けると、当組合が実施する補助金（上限 1,500 円）の窓口精算が可能です。

接種実施期間

院内予防接種 … 令和 6 年 10 月 1 日（火）～令和 7 年 2 月 28 日（金）

集合予防接種 … 令和 6 年 11 月～12 月

出張予防接種 … 令和 6 年 10 月 1 日（火）～令和 7 年 2 月 28 日（金）

予約申込受付開始

令和 6 年 9 月 1 日（日）

対象者

被保険者及び被扶養者（接種日当日に当組合の資格がある方）

■補助の利用は接種期間内に一人 1 回のみです。

■実施医療機関や実施方法によって年齢制限を設けている場合があります。

詳細は東振協のホームページの契約医療機関一覧をご確認ください。

■重複（接種期間内 2 回以上）や当組合の資格のない方の利用があった場合、東振協の事務手数料を含む組合補助金額を請求します。2 回接種を推奨されている方や、当組合内で記号・番号が変更になった場合も、補助を利用できるのは 1 回分のみです。

接種にかかる費用

医療機関が設定している予防接種料金から、組合が補助する 1,500 円を差し引いた金額が自己負担額となります。

例

4,060 円 - 1,500 円 = 2,560 円
 （接種料金） （組合補助額） （窓口支払額）

※接種料金は医療機関ごとに異なります。

■契約医療機関等の一覧は 9 月 1 日以降に東振協のホームページから確認できます。

掲載情報は随時更新されます。

Step1 予約

東振協ホームページまたは当組合ホームページに掲載の「東振協契約医療機関一覧」から希望の医療機関を選び、電話等で予防接種日時の予約を取ってください。

予約の際には、「東振協^{とうしんきょう}インフルエンザ予防接種」を利用する旨を申し出てください。

Step2 利用券の発行

1. 東振協ホームページにアクセス

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

(当組合ホームページにもリンクがあります)

2. 接種方法を選択

希望の接種方法（院内・集合・出張）を選択し、

利用券（院内・集合用）発行

または

利用申込書（出張用）発行

をクリックしてください。

3. 個人情報の利用に同意する

個人情報の利用に関する同意書を確認のうえ、

「同意する」にチェックしてください。

4. 加入健保組合を選択

保険証等に記載の「保険者番号」（赤枠内の8桁の数字）を入力してください。

[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」「68xxxxxx」「31xxxxxx」) 健康保険証の「保険者番号」を入力してください。
--------	---



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	
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。

健康保険 被保険者証	記号	番号
氏名	生年月日	認定年月日
保険者番号	00000000	
保険者所在地	東京都千代田区水田町二丁目17番2号	
保険者名称	東京薬業健康保険組合	
	TEL 03-3581-1231	

Step3 利用券の取得

選択した接種方法によって異なります。画面ガイダンスに従い利用券を取得してください。

P.6 . . . 院内または集合接種を受ける場合

P.7 . . . 出張予防接種を受ける場合（事業所の事務担当者向け）

I. 院内または集合予防接種を受ける場合

① 希望の医療機関または会場を選択してください。

【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。

北海道 青森県 岩手県 秋田県 山形県 宮城県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県 徳島県 香川県 高松市 愛媛県 高知県 福岡県 佐賀県 大分県 熊本県 鹿児島県 沖縄県

名称	所在地	電話番号	対象年齢	接種料金
選択			満6歳以上	3,800円
選択			満15歳以上	3,800円
選択			満19歳以上	3,800円

予約を忘れずに！

画面の入力のみでは予約は完了していません。

予約がない場合、接種を受けられない場合があります。

（予約の要・不要は医療機関一覧で確認できます。）

② 申込情報を入力してください。

【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: [接種医療機関を選択]

健康保険組合名: 東京東京健康保険組合

組合補助金額: 本人: 1,500円（税込） / 家族: 1,500円（税込）

保険者番号: 06132948

健康保険証 記号: 4412

健康保険証 番号: 99999

※「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: ケンゴウ 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: 1982年 05月 22日

性別: ☒ 男性 ☐ 女性

特記事項: 健康保険情報

・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回接種する場合でも、利用券の利用は1人1回のみです。
・接種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。
・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。

利用券は、利用者一人ごとに入力し、
それぞれ印刷してください。

③ 確認画面で内容を確認し、誤りがなければ利用券を印刷してください。

接種当日の流れ（院内・集合予防接種）

当日の持ち物: 保険証等・印刷した利用券・接種代金

医療機関窓口で利用券及び保険証等を提示してください。



接種費用から組合補助額の 1,500 円が差し引かれた額を窓口でお支払いください。

II.出張予防接種を受ける場合

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。

出張医療機関によって実施可能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」でご確認ください。

Step1 予約

事業所担当者の方から医療機関に電話等で予約してください。

費用の精算方法、当日の詳細については、予約の際に医療機関と調整してください。

Step2 利用申込書と申込者名簿の作成

① 希望する医療機関を選択してください。

【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

※希望する地域の医療機関を選択する。利用可能な医療機関がある市区町村のみ表示されます。

医療機関名	所在地	TEL・FAX	接種料金	医療機関連絡先
〇〇病院	品川区・町・区	03-XXXX-XXXX	3,960円	1事業所1施設100名以上
〇〇医療法人社団 〇〇クリニック	東京都品川区電鉄1-7-3 〇〇ビル3階	03-XXXX-XXXX	3,300円	原則、品川区周辺の事業所に限り対応可。人数は応相談。
〇〇健康センター	品川区・町・区	03-XXXX-XXXX	3,600円	予約専用問い合わせ先: 03-XXXX-XXXX

東京都 江戸川区 (12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。

事務担当者さまへのお願い

出張予防接種を利用された方が、当組合へ個人で補助金を請求し、後日重複支給が判明するケースが多くみられます。

出張接種を利用される場合は、社員の方へ「補助金の請求はできないこと」を必ずご周知ください。

② 申込情報を入力してください。

【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 東京東葉健康保険組合
組合補助金額	組合補助金額 1人1回 本人: 1,500円(税込) / 家族: 1,500円(税込)
保険者番号	保険者番号 06132948
事業所記号	事業所記号 4412
事業所名称	事業所名称 〇〇株式会社
連絡先	連絡先 03-3626-7504
担当者名	担当者名 姓: 健康 名: 一郎
接種日	接種日 開始: 2021年 10月 1日 ~ 終了: 2021年 11月 1日

確認画面に誤りがなければ Excel(利用申込書)をダウンロードしてください。

※ 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 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	東京三菱健康保険組合
組合補助金額	1人1回 本人：1,500円（税込）／ 家族：1,500円（税込）
保険者番号	06132948
保険証番号	4412
事業所名称	〇〇株式会社
連絡先	03-3626-7504
担当姓名	健康 一郎
接種日	2021年 10月1日 ～ 2021年 11月1日
特記事項	

入力された個人情報データは、利用中のみ発行以外は使用（保存）いたしません。

エクセル
表示

東京業健健康保険組合				
XXX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	¥1,500* (税込)
家族	¥1,500* (税込)			
保険者番号	06132948	保険者名	東京業健健康保険組合	
【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	大枠内の方	アサカ 偉は担当者で記入したため
担当名称		健康 一部		
連絡先	03-3626-7504	接種日	20yy年mm月dd日~20yy年mm月dd日	
個人情報同意欄			チェック欄 ☒	

申込者名簿を作成し、印刷してください。

利用申込書

申込者名簿

注意事項

[illegible]

	A	B	C	D	E	F	G
1	奈良県信用インッルエリ手続移種申込者名簿						
2	※ 奈良県の県民については、登録簿に別表内容となりますので、申込書に記入は不要とさせていただきます。						
3	※ 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786.						

- 1 第 3 条第 2 項第 1 号に示した事項の取扱いについては、以下のとおりとする。
- 2 第 3 条 主 旨 追 続 権 権
- 3 **インフルエンザ予防接種で利用にあたって**
- 4 出訴先医療機関は、事業利用でインフルエンザ予防接種で予防接種権を行います。
- 5 医療機関によっては、医療機関のホームページに公表されているので、予防接種権医療機関一覧表の
- 6 出訴権者欄で確認の上お申込みください。
- 7 **1.お申込み**
- 8 出訴先医療機関を必ず事前通知し、あらかじめ、予防接種が医療機関に申請中で、継続日、人数、
- 9 出訴先医療機関を必ず確認の上お申込みしてください。なお、利用開始日は、医療機関が予防接種を治療で入
- 10 訴えられた日からお申込みください。
- 11 出訴権者（医療機関）は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 12 予防接種権を確認の上お申込みください。なお、利用開始日は、医療機関が予防接種を治療で入訴された
- 13 日からお申込みください。なお、利用開始日は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 14 予防接種権を確認の上お申込みください。なお、利用開始日は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 15 **2.注意事項**
- 16 出訴権者（医療機関）は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 17 予防接種権を確認の上お申込みください。なお、利用開始日は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 18 出訴権者（医療機関）は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 19 予防接種権を確認の上お申込みください。なお、利用開始日は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 20 出訴権者（医療機関）は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 21 予防接種権を確認の上お申込みください。なお、利用開始日は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 22 出訴権者（医療機関）は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 23 予防接種権を確認の上お申込みください。なお、利用開始日は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 24 出訴権者（医療機関）は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 25 予防接種権を確認の上お申込みください。なお、利用開始日は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで
- 26 出訴権者（医療機関）は、医療機関のホームページに公表されているので、医療機関のホームページで

■同一事業所内で、「事業所記号」が異なる方（グループ企業の出向等）が利用する場合は、事業所記号ごとに「利用申込書」と「申込者名簿」を作成してください。

■ 申込名簿は、省略することなく必要事項すべてに記入してください。

「利用申込書」と「申込者名簿」を医療機関に FAX 等でお送りください。

接種当日の流れ（出張予防接種）

事務担当者の方は、接種日前日までに接種予定者の組合員資格の有無を必ず確認してください。

接種日当日は、医療機関の指示に従い接種を行ってください。



接種費用から組合補助額の 1,500 円が差し引かれた額を、医療機関と調整した方法でお支払いください。

事務担当者さまへのお願い

- ・出張接種を利用された方が個人で補助金を請求し、後日重複支給が判明するケースが多くみられます。
出張接種を利用される場合は、「補助金の請求はできないこと」を必ずご周知ください。
- ・出張予防接種をご利用の際は、接種当日に受診者と申込名簿に相違がないか必ず確認してください。

補助対象外の利用があった場合

重複請求（補助金との重複を含む）や無資格受診があった場合、組合補助額を事業所または被保険者（本人）へ請求いたします。

納付書が届きましたら、すみやかに指定の口座へ納付してください。

ご注意下さい!

返還請求の金額には、組合補助額に手数料が加算されます。

補助金を請求する場合

東振協予防接種事業を利用せずに受けたインフルエンザ予防接種について、補助金をお支払いします。

補助金対象予防接種期間

令和6年9月1日（日）～令和7年2月28日（金）

対象者

被保険者及び被扶養者（接種日当日に当組合の資格がある方）

補助金限度額

一人あたり 1,500 円 年度内 1 回のみ

東振協の契約医療機関で利用券を使用して接種を受けた場合、補助金は請求できません。

- 他の補助（自治体等）の補助を受けた方は、補助後の実費払額が対象となります。
- 支払った額が限度額に満たない場合は、実費分までお支払いします。
- 医師の判断等で2回接種される場合でも、合算して請求することはできません。

請求方法

「インフルエンザ予防接種補助金請求書」に必要事項を記入のうえ、添付書類とともに当組合へ郵送してください。

個人で請求する場合

必要書類： 請求書(個人用)、 領収書(写)を添付した貼付用紙

ご注意ください！

- ・東振協の医療機関で利用券を提示して接種を受けた場合は、当組合の補助額がすでに差し引かれているため、補助金の請求はできません。
- ・領収書には、接種者名・接種日・費用・医療機関名・領収印・インフルエンザ予防接種代である旨の記載が必要です。

事業所が取りまとめて請求する場合

必要書類： 請求書(事業所用)、 連名簿、 領収書(写)を添付した貼付用紙

↑ 連名簿は添付する領収書の貼付け順でご記入ください。

ご注意ください！

- ・ 東振協の医療機関で利用券を提示して接種を受けた場合は、当組合の補助額がすでに差し引かれているため、**補助金の請求はできません。ご請求の前にご確認ください。**
- ・ 振込先口座名義が請求者名と異なる場合は、委任状欄の記入をお願いします。
- ・ 事業所記号が異なる接種者がいる場合は、記号ごとに申請書一式を作成してください。

請求用紙は 8 月下旬から当組合ホームページに掲載します。

請求期限

令和 7 年 3 月 10 日 (月) 必着

期限が近づくと請求が集中します。すみやかなお支払いができるよう、月ごとや支店ごとに分けていただき、早めの請求にご協力ください。

請求先

〒110-0015 東京都台東区東上野 1-27-2

東薬健保健康開発センター インフルエンザ予防接種補助金 係

■ インフルエンザ予防接種補助金請求書以外の書類は同封しないでください。

Q&A

【東振協予防接種事業について】

Q 1 利用券を紛失してしまいました。再発行はできますか？

A 東振協のホームページからもう一度発行手続きをお願いします。
利用券の発行は何度でもできますが、補助を利用できるのは一人1回のみです。
2回以上の利用があった場合、補助額を返還請求することとなります。

Q 2 予約のキャンセルや日程を変更する場合、どのようにすればよいでしょうか？

A 予約した医療機関に直接キャンセルまたは日程変更の連絡をしてください。
日程を変更する際には、用意した利用券の接種日を手書きで訂正するか、利用券を再度印刷してご利用ください。

Q 3 出張予防接種を検討しています。何人から申し込みすることができますか？

A 医療機関によって異なります。
東振協ホームページに掲載の医療機関一覧（通信欄）で確認してください。

Q 4 出張予防接種を申し込みました。会社で用意するものはありますか？

A 当日の準備内容等については、予約した医療機関に直接ご確認ください。

Q 5 出張予防接種を受けるときも、接種者全員分の保険証等の提示が必要でしょうか？

A 健保組合名称・事業所記号等を確認するため、事務担当者さまの保険証を提示いただきます。そのため、接種者が各々保険証等を提示いただく必要はありません。

Q 6 出張予防接種で、当日人数や受診者に変更が生じた場合はどうしたらよいでしょうか？

A 予約した医療機関に連絡し、申込者名簿に相違がないようにしてください。
・キャンセルの場合は、対象者の名簿を二重線で抹消してください。
・受診者入れ替えの場合は、受診しない方の名簿を二重線で抹消し、受診する方の情報を記入してください。

Q 7 社内で取りまとめて補助金を請求しています。東振協契約医療機関で利用券を使って接種を受けた場合、領収書に東振協を利用した旨がわかるような記載はありますか？

A 領収書に東振協を利用した旨は書いてありません。

東振協の契約医療機関で利用券を使用して接種を受けた場合、補助金の請求はできませんので、とりまとめの際は事前に社員の方へご周知ください。

【補助金請求について】

Q 1 予防接種を2回接種することが推奨された場合、2回目も補助を利用できますか？

A 当組合の補助は一人につき接種期間内1回分のみです。また、合算して請求することはできません。

Q 2 医療機関から発行された領収書にインフルエンザ予防接種代である旨が記載されていない場合、どうすればよいでしょうか？

A 医療機関で追記してもらるか、インフルエンザの予防接種であることがわかるものの写し(領収明細書・接種済証・母子手帳等)を、領収書の写しと一緒に提出してください。

Q 3 ほかの制度(自治体等)による費用補助を受けた場合でも、補助金を請求できますか？

A 請求できます。

接種にかかった金額が補助金限度額に満たない場合は実費分の支払いとなります。

Q 4 厚生労働省で承認されていないワクチンは補助金の対象になりますか？

A 厚生労働省で承認されていないワクチンは補助の対象外です。

Q 5 接種後に退職し、資格を喪失しました。在職時に受けた接種について補助金を請求するとはできますか？

A 接種日に当組合の資格があれば請求できます。

自宅にプリンターが無い方へ

自宅にプリンターが無い方は、コンビニのマルチコピー機から接種券の印刷が可能です。

※使用方法是コンビニにより異なりますので、詳細は各コンビニのホームページをご覧ください。