

請求の前にご確認ください

## 東振協の「インフルエンザ予防接種利用券」を使用した場合、 補助金の請求はできません！

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」を使用してインフルエンザ予防接種を受けた方は、すでに当組合の補助額が差し引かれているため、補助金の請求はできません。

令和4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	2023年2月28日	利用回数	有効期限内 1回 申込
健康保険組合 通帳 備考	・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。 ・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	¥1,500*(税込)
		家族	¥1,500*(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、 <u>延命医療機関以外で接種できません。</u> ② 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.toshinkyoo.org/jr/fluenza.html">https://www.toshinkyoo.org/jr/fluenza.html</a> ③ 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出してください。なお、健康保険証の提出がない場合は、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。 ④ 利用券の有効期限は去年度10月1日～有効期限までとなります。 ⑤ 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。 ⑥ 予防接種料金は、利用券の裏面に「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。 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。			
<b>【利用者記入欄】</b> ■本枠内の <b>アミカゲ</b> 欄は利用者がご記入ください。			
保険者番号	06132948	保険者名	東京築業健康保険組合
保険証番号		生年月日	西暦 年 月 日
性別	男性 / 女性	続柄	本人 / 家族
フリガナ		個人情報 同意欄	「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」について同意する。 ※利用券記入欄に記載がない場合、又は記載内容に即応しない場合、補助金申請が出来ない場合があります。
氏名		チャック欄	<input type="checkbox"/>
※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1-3東京都ニット健康会館内 ☎ 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、 <b>実施報告・請求</b> 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「 <b>契約料金より安価で接種した場合</b> 」のみ、その <b>安価料金を</b> 記入してください。 ・通常の <b>契約料金</b> で接種した場合は <b>記入不要</b> です。			

当組合のインフルエンザ予防接種の補助は  
**接種期間内に1回分のみ**です。  
左の利用券を病院窓口へ提出した方は、すでに当組合の補助を受けているため、補助金の請求はできません。



重複支給が判明した場合、補助額を返還していただくこととなります。

※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方は請求できません。

## 1. 被保険者(本人)記入欄…ご家族分のみのご請求でも、保険証に「本人」と明記されている方をご記入ください。

- ◆ 保険証の上部にある記号と番号をご記入ください…記号は4ケタ、番号は右詰め

記号					番号				
----	--	--	--	--	----	--	--	--	--

- ◆ 被保険者本人の氏名と生年月日をご記入ください

	氏名		生年月日	
カナ氏名			1.昭和	年 月 日
漢字氏名			2.平成	

- ◆ 被保険者本人名義の振込口座をご記入ください

店名・店番号は銀行の統廃合により変更されている場合がありますので事前にご確認ください。旧姓不可。

金融機関	銀行コード				支店	店番号			種目
	銀行・農協 信金・信組					本店 支店	普通		
口座番号					口座名義 必ずカタカナで ご記入ください				

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくった見開きページの銀行振込用の受取口座をご記入ください。

※口座名義がアルファベットの場合はアルファベットでご記入ください。

- ◆ 日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください

勤務先・自宅 (どちらか〇で囲む)	( )	携帯番号	( )
----------------------	-----	------	-----

## 2. 請求する方をご記入ください…被保険者ご本人様のみを請求する場合でも記入が必要です。

氏名	種別	性別	生年月日	接種した日	支払った費用
①	本人・ 家族	男・ 女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
②	本人・ 家族	男・ 女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
③	本人・ 家族	男・ 女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
④	本人・ 家族	男・ 女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
⑤	本人・ 家族	男・ 女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
⑥	本人・ 家族	男・ 女	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日	円
請求する方の人数	人 ※接種日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方に限ります。				

## ◎請求期限: 令和5年3月10日(金)必着

■ご注意ください■ 対象接種期間: 令和4年9月1日(木)～令和5年2月28日(火)

- 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方は、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。重複支給が判明した場合、補助額を返還していただくこととなります。
- 対象期間中に1人あたり1回分限り、1,500円を上限としてお支払いします。2回接種された場合の合算請求はできません。
- 振込通知書は当組合に登録されている被保険者ご本人の住所へお送りします。
- 補助金の支給対象となる接種方法は「注射」のみとなります。

詳細は裏面の「請求上の注意」をご覧ください

## 請求上の注意

【個人用】

インフルエンザ予防接種補助金請求書について	<p>被保険者が被保険者本人と被扶養者の補助金を請求する際に使用します。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・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方は、当組合の補助額がすでに差し引かれているため、請求できません。</li><li>・在職の被保険者の方は、お勤め先で請求方法が指定されている可能性があります。必ずお勤め先の健康保険事務担当者の方へご確認ください。</li></ul>
対象接種期間	令和4年9月1日(木) ~ 令和5年2月28日(火)
対象者	<p>接種当日に東京薬業健康保険組合の被保険者及び被扶養者の資格がある方</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・同居の家族でも当組合の保険証をお持ちでない方や75歳以上の後期高齢者の方は対象外です。</li><li>・厚生労働省で認可されていないインフルエンザ予防ワクチン(経鼻生ワクチン、フルミスト等)は補助の対象外です。</li></ul>
補助金限度額	<p>1人あたり 1,500円 当該年度の接種期間内 1回分限り</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・医師の判断等で2回接種される場合は、1回目か2回目いずれかの接種分のみ請求することができます。合算しての請求はできません。</li><li>・支払った額が補助金限度額に満たない場合は、実費分のみお支払いします。</li><li>・他の制度(自治体等)の補助を受ける場合は、その補助制度が優先となります。</li></ul>
請求方法 【個人用】	<p>次の①～②を揃えて下記請求先にご郵送ください。</p> <p>① インフルエンザ予防接種補助金請求書(個人用)</p> <p>② インフルエンザ予防接種代と記載されている領収書<sup>※</sup>のコピー</p> <p>※ 所定の貼付用紙に貼り付けてください。</p> <p>インフルエンザ予防接種代の記載がない場合は、医療機関で追記してもらるか、そのことがわかるもの(領収明細書、接種済証、母子手帳のコピーなど)を領収書と一緒に貼り付けてください。</p> <p>領収書の原本を提出いただいた場合、返却はできません。</p>
請求書の書き方	別紙「個人用 インフルエンザ予防接種補助金請求書の記入例」を参照。
請求先(郵送先)	〒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 インフルエンザ補助金 係 インフルエンザ予防接種補助金請求に必要な書類以外は同封しないでください。
請求期限	<p><u>令和5年3月10日(金) 必着</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・請求期限を過ぎたものにつきましては、補助金をお支払いすることができない場合がございますので、あらかじめご了承ください。</li></ul>
お問合せ先	東薬健保健康開発センター 予防課 ☎ 03(3833)3272

### 【個人情報の取り扱いについて】

当請求書にご記入いただいた皆様の個人情報は、この補助金をお支払いする目的のために使用し、他の目的には一切使用いたしません。

## 領 収 書 貼 付 用 紙

## 【インフルエンザ予防接種補助金請求書用】

領収書コピーを貼付してください。

※領収書原本はセルフメディケーション税制の適用を受ける際に必要となる場合がありますが、こちらに貼ってしまうとお返しができません。  
必ずコピーを貼り付けてください。

## ⚠ お送りいただく前にご確認ください

- 東振協の利用券を使用して接種を受けていませんか？  
この場合、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。  
重複支給が判明した場合、補助額を返還していただくこととなります。
- 「1.被保険者記入欄」の氏名・振込口座は被保険者(本人)の情報が記入されていますか？
- 「2.請求する方をご記入ください」欄は記入されていますか？  
被保険者ご本人のみを請求する場合でも記入が必要です。
- 領収書に接種者氏名・接種日・費用・領収印はありますか？
- 領収書に「インフルエンザ予防接種代」と記載されていますか？  
記載がない場合は、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(領収明細書、接種済証、母子手帳のコピーなど)を領収書と一緒に貼り付けてください。

※請求書記載内容に不備がある場合は返戻させていただくことがあります。  
お送りいただく前に今一度ご確認ください。

※必ず「のりしろ」上にのり付けし、はがれないように貼り付けてください。

※領収書のコピーは重ならないよう貼付し、領収書の枚数に応じて貼付用紙はコピーしてお使いください。  
※インフルエンザ予防接種済証は領収書の代わりにはなりません。

の  
り  
し  
ろ