

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。

東京農業健康保険組合 令和6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	2025年2月28日	利用回数	有効期限内 1回
健康保険組合	・当組合以外の方、資格喪失した方は利用できません。 ・同居家族であっても当組合の資格がない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。 ・この利用券を使用して予防接種を受けた方は、別途当組合へ補助金を請求することはできません。		
通信欄	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.toshikyok.or.jp/influenza.html 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(マイナ保険証※・資格保障書)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 利用券の有効期限は本年度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、利用券の裏面に「組合補助金額」が表示してある場合、その金額を窓口でお支払いください。 ⑥ 予防接種後に、身体に異常を認めた場合は、直後の医師にご相談し、指示に従ってください。			
【利用者記入欄】 ■太枠内の アミカケ 欄は利用者をご記入ください。 保険者番号 06132948 保険者名 東京農業健康保険組合 記号 西暦 年 月 日 証番号 性別 男性 / 女性 続柄 本人 / 家族 利用フリガナ 個人情報 別紙「インフルエンザ予防接種における個人情報取扱いについて」をご確認のうえ、同意をお願いします。 同意 チェック欄 <input type="checkbox"/> 氏名			
【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協会(東振協) 〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3 東京都コンド健保会館内 ☎ 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	空		
電話番号	空		
医療機関名称	空		
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。			

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で提出した方は、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は、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。

請求書送付先：〒

110
0015

東京都台東区東上野1丁目27番2号

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

1. 被保険者(本人)記入欄...ご家族分のみのご請求でも被保険者情報をご記入ください。

- ◆ 保険証等を確認し、資格情報の記号と番号をご記入ください

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 (口座名義)			1.昭和	年	月	日
漢字氏名			2.平成	年	月	日

- ◆ 被保険者本人名義の振込口座をご記入ください

上記のカナ氏名が口座名義となります。口座名義が旧姓やアルファベットの場合のみ★欄にご記入ください。

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
口座番号										★

※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。

- ◆ 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○で囲む)	()	携帯番号	()
----------------------	-----	------	-----

2. 請求対象者欄...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。
対象者全員が同じ記号番号が確認してください。

	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7年3月10日(月)必着

■ご注意ください■ 対象接種期間: 令和6年9月1日(日)~令和7年2月28日(金)

- 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。
- 厚生労働省で承認されていないインフルエンザ予防ワクチンは補助の対象外です。

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】

<p>インフルエンザ予防接種補助金請求書について</p>	<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"> ・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。 ・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。
<p>対象接種期間</p>	<p>令和6年9月1日(日) ~ 令和7年2月28日(金)</p>
<p>対象者</p>	<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"> ・同居の家族でも当組合に加入していない方や75歳以上の後期高齢者の方は対象外です。 ・厚生労働省で承認されていないインフルエンザ予防ワクチンは補助の対象外です。
<p>補助金限度額</p>	<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"> ・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。 ・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。 ・他の制度(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。
<p>請求方法 【個人用】</p>	<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[※]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>
<p>請求書の書き方</p>	<p>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。</p>
<p>請求先(郵送先)</p>	<p>〒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に必要な書類以外は同封しないでください。</p>
<p>請求期限</p>	<p><u>令和7年3月10日(月) 必着</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。
<p>お問合せ先</p>	<p>東薬健保健康開発センター 予防課 ☎ 03(3833)3272</p>

【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

※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

【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すことができません。
 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。
- 領収書の接種者氏名・接種日・費用・医療機関名・領収印は鮮明ですか？
- 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。