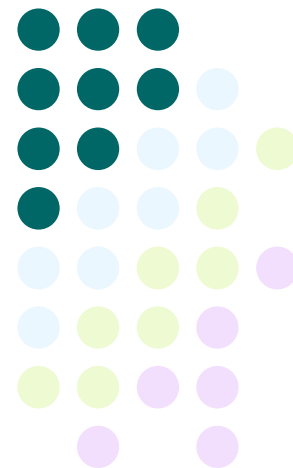
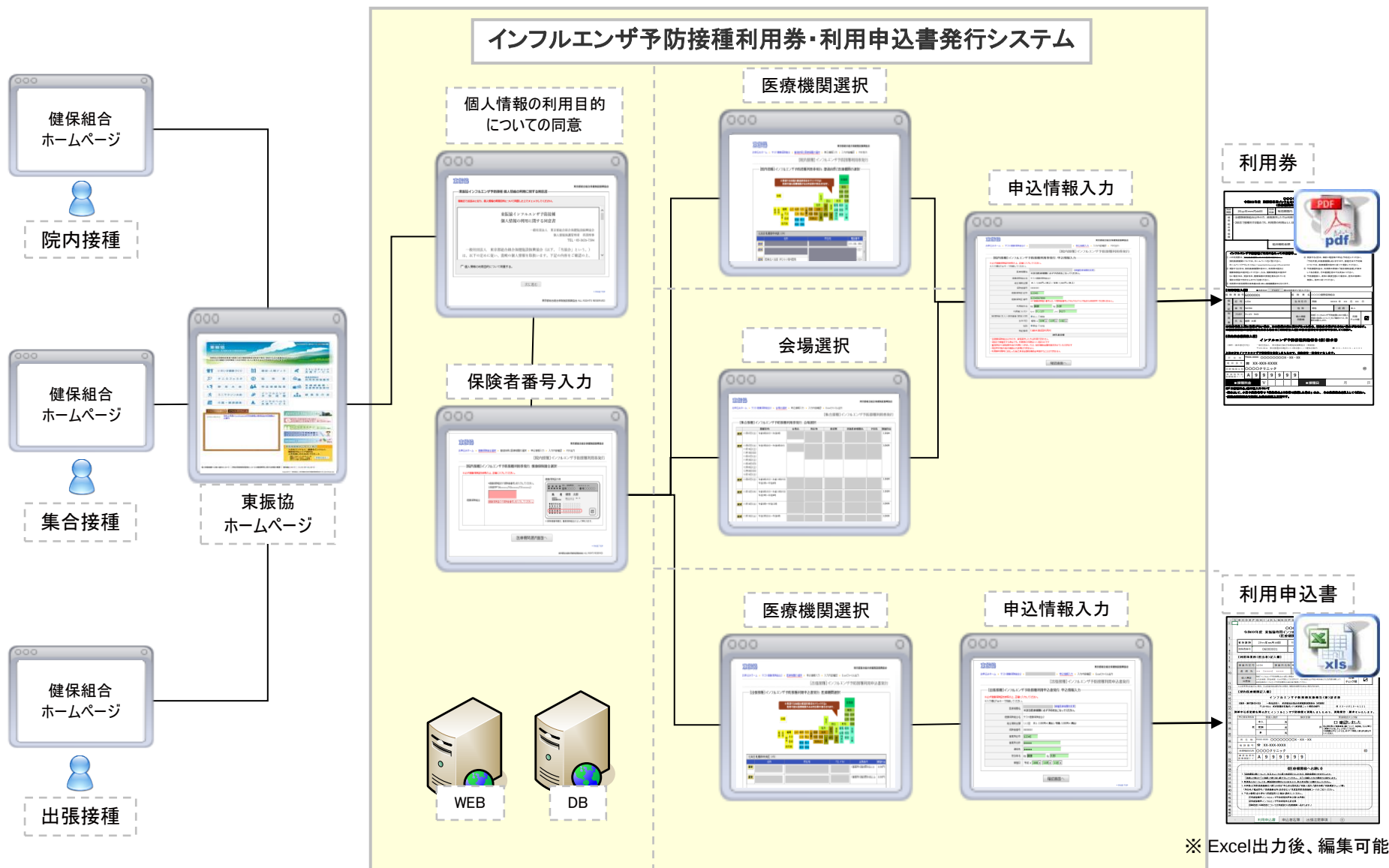


インフルエンザ予防接種利用券・利用申込書 発行システム説明書



一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会

システム構成



共通画面①ー東振協ホームページ

(ホームページアドレス <https://www.toshinkyo.or.jp>)

(専用アドレス <https://www.toshinkyo.or.jp/influenza.html>)

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

該当の接種方法を表示

[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	*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」) 健康保険証の「保険者番号」を入力してください。	健康保険証の例 健康保険 本人(被保険者) 平成20年02月01日 交付 被保険者証 記号○○○○ 番号○○○○○ 氏 名 健康 太郎 生年月日 昭和27年02月01日 性別 男 資格取得年月日 平成20年02月01日 事業所所在地 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 事業所名称 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 保険者所在地 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 保険者番号 0 6 0 0 0 0 0 0 保険者名称 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 印 ※保険者番号欄は、健康保険組合によって異なります。
--------	---	---

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

※保険者番号は8桁(半角数字)フルチェック

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 [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
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	☒ 本人 ☐ 家族
生年月日	西暦: 1987 6 5
性別	☒ 男性 ☐ 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。	

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を表示する。

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？

(※画像のように、表示完了まで数秒の時間を要することがあります。)

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てください)

※PDFの閲覧・印刷には、アドビシステムズ社が提供している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)

発行年月日

20YYMMDDhhmmss		○○○○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
健康保険組合通信欄	・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)
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.toshinkyō.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 6000001		保険者名 ○○○○健康保険組合			
保険記号	1234	生年月日	西暦 XXXX 年 XX 月 XX 日		
保険証番号	56789	性別	男性	続柄	本人
利用フリガナ	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取扱いについて」をご確認のうえ、同意をお願いします。		
氏名	健康 太郎	同意チェック欄	☒		
※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。					
【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) 〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3東京都ニッパ健会館内 ☎ 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	○○○○クリニック (印)				
東振協契約医療機関コード	A	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					発行年月日

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る

[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	最寄駅	実施医療機関名	予約先	接種料金
11月07日(土) 午前08時30分～午後1時	東振協ホール	両国駅	医療法人社団 東振協クリニック	03-5619-4121	3,960円
11月07日(土) 午後1時30分～午後4時	東振協ホール	両国駅	医療法人社団 東振協クリニック	03-5619-4121	3,960円
11月07日(土) 午前08時15分～午前午後1時～午後4時	東振協ホール	両国駅	医療法人社団 東振協クリニック	03-5619-4121	3,960円
11月12日(水) 午前08時15分～午前午後1時～午後4時	東振協ホール	両国駅	医療法人社団 東振協クリニック	03-5619-4121	3,960円
11月14日(土) 午前08時～午後12時	東振協ホール	両国駅	医療法人社団 東振協クリニック	03-5619-4121	3,960円

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

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 [接種会場を変更] ※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	☒ 本人 ☐ 家族
生年月日	西暦: 1987年 6月 5日
性別	☒ 男性 ☐ 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ありません

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、Adobe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ありません

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

印刷(利用券表示)ボタンをクリックし、PDFを表示する。
※ 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?
(※画像により、表示完了まで数秒の時間を要することがあります)

はい (元のブラウザを開きます)

いいえ (利用券PDFファイルを開きます)

※PDFの閲覧・印刷には、Adobe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

※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。



東京都 墨田区 (3件)

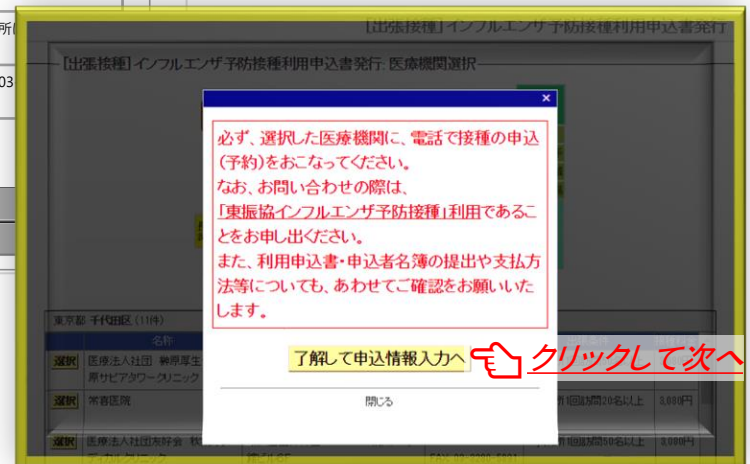
	名称	所在地	TEL・FAX	接種料金	医療機関通信欄
選択	B 病院	墨田区 * 町 * - * - *	03 - **** - **** 03 - **** - ****	3,960円	1事業所1回訪問100名以上
選択	医療法人社団 東振協クリニック	東京都墨田区亀沢1-7-3 東京都二ツ井保健会館内	03 - **** - **** 03 - **** - ****	3,300円	原則、墨田区周辺の事業所 人数は応相談。
選択	E 健康管理センター	墨田区 * 町 * - * - *	03 - **** - **** 03 - **** - ****	3,600円	予約専用問い合わせ先: 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る



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 [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
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。

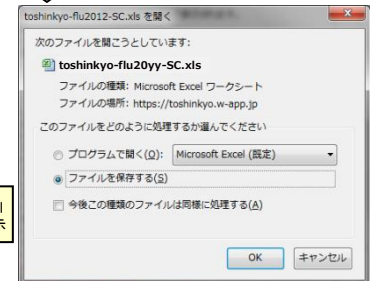
戻る

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を表示する。



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 アミカゲ 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	☒
※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

〇〇〇〇〇健康保険組合											
令和XX年度 東播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	〇〇〇〇〇健康保険組合							
【利用事業所(担当者)記入欄】											
※本欄の「ア」は、本管内の「ア」は、該当者が記入してください。											
事業所記号	1234		事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇		担当者名	〇〇 〇〇				
連絡先	XX (XXXX) XXXX		接種日	XXXX年XX月XX日 ~ XXXX年XX月XX日							
個人確認	同意		同意 チェック欄 ☒								
【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 東播協専用インフルエンザ予防接種実施委員会 (東播協)											
〒300-0014 東播協専用インフルエンザ予防接種実施委員会内 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇											
別紙申込書記載名簿の方向にインフルエンザ予防接種を実施しますので、実施報告・請求をお願いします。											
申込者名簿枚数	実施人数計	請求金額	実施確認チェック欄								
本人	名		口確認しました								
家族	名		円 申込者名簿の「家族氏名」欄について、姓・名、性別、年齢、生年月日、住所、電話番号、Eメール、FAX、その他を記入してください。※「二重姓」の場合は姓・名を記入してください。								
計	名										
所在地	〒XXXX-XXXX 〇〇〇〇〇〇〇〇〇-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										
【医療機関様へお願い】											
1. 「実施報告(兼)請求書」について、当日キャンセル等で変更となる場合は、組合に連絡をお願いします。											
2. 「実施報告(兼)請求書」について、当日キャンセル等で変更となる場合は、組合に連絡をお願いします。											
3. 本所内の「契約医療機関記入欄」の項目「申込者名簿枚数」「実施人数計」「請求金額」「実施確認チェック欄」											
「所在地」「電話番号」「医療機関名称(併記可)」を「実施報告(兼)請求書」に記入してください。											
4. 下記の書類を組合に提出してください。											
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書名簿											
③接種報告(※接種報告については実施報告から医療機関へ送付します。)											

東播協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿											
※本表の「ア」は、当日キャンセル等で変更となる場合は、組合に連絡をお願いします。											
※「実施報告(兼)請求書」について、当日キャンセル等で変更となる場合は、組合に連絡をお願いします。											
医療機関コード	A130000		医療機関名称	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 東播協	
医療機関コード	06130000		医療機関名称	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 東播協	
接種日	接種者名	性別	年齢	生年月日	接種回数	接種場所	接種時間	接種料金	接種回数	接種場所	接種時間
10月1日	101 健康	一部	ケツウ	イロウ	男	女	男	女	男	女	男
10月1日	102	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
10月1日	103	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
10月1日	104	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇
10月1日	105	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇

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、出張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を作成にあたっては、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											
東播協ホームページの「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、その差額の利用者を分りとり、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ますので、お支払いは差額のみとなります。											
⑤ 予診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、身体に異変を感じた場合は、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: https://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html)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へ入力する。
入力行はコピー・貼付けで追加することができる。

契約医療機関及び集合予防接種会場一覧表(ダウンロードリスト)

契約医療機関及び集合予防接種会場一覧については、[ダウンロードリスト](#)より、[ダウンロード](#)可能です。

※ インボイス制度「適格請求書発行事業者」登録の有無については、以下の契約医療機関一覧からご確認ください。



院内予防接種契約医療機関   クリックしてダウンロード

・更新：／機問

出張予防接種契約医療機関   クリックしてダウンロード

・更新：／機問

集合予防接種会場 クリックしてダウンロード

・更新：／会場

異動情報 クリックしてダウンロード

個人情報利用に関する同意書

[illegible]

契約医療機関及び集合予防接種会場一覧表(サンプル)

【院内予防接種契約医療機関】

医療機関コード	医療機関名称	郵便番号	住所	電話番号	院内接種		
					予防接種料金(税込)	インボイス登録	医療機関通信欄
A01XXXX	Aクリニック	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	3,000		予約制です。予約はお電話にてお問合せください。
A02XXXX	B医院	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	3,500	登録済	対象年齢：満13歳以上 予約不要です。
A03XXXX	C病院	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	3,960		
A04XXXX	D診療所	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	3,200	登録済	対象年齢：満13歳以上 要予約。
A05XXXX	E健康管理センター	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	2,800		【受付終了のお知らせ】 インフルエンザ予防接種の受付は終了しました。

【出張予防接種契約医療機関】

医療機関コード	医療機関名称	郵便番号	住所	電話番号	FAX番号	出張接種		
						予防接種料金(税込)	インボイス登録	医療機関通信欄
A01XXXX	Aクリニック	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	***-***-****	3,800		接種人数 1回100名以上。申し込みはクリニック専用ホームページからお願いいたします。
A02XXXX	B医院	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	***-***-****	3,960	登録済	1事業所1回訪問30名以上
A03XXXX	C病院	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	***-***-****	3,300		【受付終了のお知らせ】 インフルエンザ予防接種の受付は終了しました。
A04XXXX	D診療所	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	***-***-****	3,960	登録済	1事業所1回訪問30名以上 なお、訪問させていただく企業は近隣のみとさせていただきます。
A05XXXX	E健康管理センター	XXX-XXXX	XXXXXXXXXXXX * - * - *	***-***-****	***-***-****	3,600		要問い合わせ。

【集合予防接種会場】

	開催日	受付時間	会場名	所在地	最寄駅	実施医療機関名	予約先	接種料金	インボイス登録	地図	医療機関通信欄
東京都	X月X日(土)	XX時XX分～XX時XX分 XX時XX分～XX時XX分	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX X-X-X	JRXX駅 (徒歩約X分)	Aクリニック	XX-XXXX-XXXX	3,960円	登録済	地図	要TEL予約 〔年度年齢18歳以上〕
埼玉県	X月X日(日)	XX時XX分～XX時XX分	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX X-X-X	JRXX駅 (徒歩約X分)	C病院	XX-XXXX-XXXX	3,900円	登録済	地図	予約先TELへ必ず事前に予約をお願いします。 <年度年齢16歳以上>
千葉県	X月X日(日)	XX時XX分～XX時XX分	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX X-X-X	JRXX駅 (徒歩約X分)	D診療所	XX-XXXX-XXXX	3,900円	登録済	地図	予約先TELへ必ず事前に予約をお願いします。 <年度年齢16歳以上>