

観光産業健康保険組合
令和8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	2027年1月31日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項		
健保組合通信欄	①当健康保険組合の被保険者及び被扶養者の方のみ利用できます。接種日に資格がない方は利用できません。 ②利用券を利用した場合、医療機関の窓口で補助額3000円を差引いた額が自己負担額となります。 ③利用券利用時に支払った自己負担額を、立替払いの申請として提出することはできません。 ④2回接種を推奨されている方(12歳未満の方)でも、利用券の利用は1人1回のみです。 ⑤重複受診や資格喪失後の利用につきましては、後日、組合負担額を請求させていただきます。					
組合補助金額	本人	¥3,000*(税込)	家族	¥3,000*(税込)	併用	○

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、利用券の提出とマイナ保険証又は資格確認書の提示をしてください。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。

記入例

【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	06138341	保 険 者 名	観光産業健康保険組合		
利 用 者 記 号	〇〇〇	生 年 月 日	西暦	2000 年 4 月 1 日	
番 号	〇〇〇	性 別	男性 / 女性	続 柄	本人 / 家族
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の取扱いについて」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。
※マイナ保険証等の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
〒130-8688 東京都墨田区緑1-11-2 両国

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

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

手書きの場合は、上記の利用者記入欄に必要事項を記載し、医療機関に提出してください。

※「■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。