

# インフルエンザ予防接種補助実施要領

## 1. 対象者

被保険者および被扶養者（接種日に当健保組合に加入している方）

## 2. 補助対象接種期間

令和3年10月1日～12月31日

## 3. 補助金額

1名につき最大2,000円

※2回接種法で実施した場合は、2回の合計額で支給決定します。

【例】（1回目：1,500円）＋（2回目：1,500円）＝（合計：3,000円→2,000円補助）

（注）未承認のワクチン（例：フルミスト等）で接種した場合は、補助の対象となりませんのでご注意ください。

## 4. 接種方法

A：東振協契約医療機関で接種（院内・集合・出張）

- ① 院内接種：東振協の契約する医療機関で接種する方法
- ② 集合接種：都内及び近隣に設置された会場で接種する方法
- ③ 出張接種：事業所に医療スタッフを派遣してもらい接種する方法

東振協 HP



### 【注意事項】

- ・詳細は、別紙3の「インフルエンザ予防接種補助の流れ」をご参照ください。
- ・接種費用は、医療機関窓口で補助金額（2,000円）を差し引いた額をお支払いください。
- ・事業所を経由しての補助金申請およびMY HEALTH WEBからの申請は必要ありません。
- ・「インフルエンザ予防接種利用券（院内・集合予防接種用 ※別紙3裏面）を使用してのご利用は1人1回限りとなります。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のでご注意ください。

B：最寄りの医療機関で接種

最寄りの医療機関で接種した場合は、接種費用の支払いおよび補助金申請(MY HEALTH WEBより申請)が必要となります。

### 【注意事項】

- ・接種費用は医療機関窓口で全額（10割）お支払いください。
- ・領収書には、以下の事項すべての記載が必要となります。記載がないと受付ができませんので、必ず医療機関で記載してもらうようご周知ください。

◆医療機関名	◆接種者氏名（フルネーム）
◆接種年月日	◆「インフルエンザ予防接種代」と明記

- ・レシートや領収書のコピーは受付できません。
- ・2人以上で合算しての領収書は、接種者氏名と金額の内訳が必要です。
- ・海外で接種した場合は上記の事項が記載された領収書に加えて、日本語の訳を添付してください。日本語の訳には、訳者の氏名と捺印が必要となります。

C：事業所での集団接種

集団接種の領収書は以下の形式でご用意ください。

- ・接種者全員分を1枚の領収書でご提出ください。
  - ・医療機関から証明を受けた接種者リスト(健保記号・番号順)を添付してください。
- ※個人名での領収書は集団接種と見做されませんので、ご注意ください。

## 5. 申請方法（上記4-C）

「インフルエンザ予防接種補助申請書」、「領収書貼付け台紙」をご利用

いただき、記入および領収書を添付のうえ、提出してください。

- ・接種月の翌月末日までに申請してください。※最終申請期限日：令和4年1月31日（月）

【例】10月に接種した場合は令和3年11月末日までに申請する。

※最終申請期限日までに申請がない場合（組合必着）は、補助できませんので申請期限を厳守してください。

家具健保 HP



# 東振協契約機関でのインフルエンザ予防接種の流れ

## STEP 1: 接種方法を決める

### ①院内接種

契約医療機関で接種する方法

### ②集合接種

都内および近隣に設置された  
会場で接種する方法

### ③出張接種

事業所に医療スタッフを派遣  
してもらい接種する方法

当健保組合への手続きは不要です



## STEP 2: 利用券の発行および予約をする

WEB検索で「東振協 インフルエンザ」と入力して検索、または下記URLから東振協ホームページにアクセスの  
うえ、利用券の発行および予約をしてください。※契約医療機関一覧もご確認いただけます。

<http://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html> (ホームページから直接予約はできません)

※利用券の発行は、健康保険証をお手元に用意し、東振協ホームページ>インフルエンザ予防接種健保組合共同  
事業のご案内に沿って発行してください。

※利用券を発行する環境にない方は、利用券(裏面)に記入してご利用ください。

※ご予約の際は、『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。

※③出張接種は、利用申込書・申込者名簿の作成が必要となります。東振協ホームページ「インフルエンザ出張  
予防接種ご利用にあたって」をご参照のうえ、利用事業所ご担当者が作成してください。

※東振協とは東京都総合組合保健施設振興協会の略称です。



## STEP 3: 受診する

受診日は必ず、『利用券』と『健康保険証』(コピー不可)の2点を、医療機関窓口にご提示のうえ受診してください。

※ご家族と一緒に受診の場合も、利用券は1人につき1枚必要です。

※③出張接種は、『利用申込書』と『申込者名簿』を、医療機関担当者にご提出ください。



## STEP 4: お支払いする

受診日当日、補助金額2,000円を差し引いた金額を医療機関窓口でお支払いください。

※料金は各医療機関で異なります

※③出張接種のお支払方法については、医療機関とご調整ください。

資格喪失後の接種は補助の対象となりません

補助は1人につき最大2,000円

利用券を使用する接種は1人につき1回のみとなります

お近く(最寄り)の医療機関で接種した場合(申請が必要です)

お近く(最寄り)の医療機関で接種した場合(上記①~③以外)は、接種費用の全額立て替え払いおよび当健康保  
険組合への補助金申請が必要となります。(申請方法は、事業所担当者へご確認ください。)

※受診日に必ず領収書(記載必須項目 ◆医療機関名 ◆接種者氏名(フルネーム) ◆接種年月日 ◆「インフル  
エンザ予防接種代」と明記)を受けとり、事業所経由またはMY HEALTH WEBを通して個人でご申請ください。

※年度内にインフルエンザの補助を複数回受けた場合、利用券を複数回使用した場合、また資格喪失後に接種された場合等は、補助金額を後日請求させていただきます。

**東京都家具健康保険組合**  
**令和3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	2021年12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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>市区町村等の他の補助との併用はできません。</li> <li>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。</li> </ul>				
組合補助金額		本人	¥2,000*(税込)	家族	¥2,000*(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**

- 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.toshinkyu.or.jp/influenza.html>
- 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提出してください。なお、健康保険証の提出がない場合又は、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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** 欄は利用者をご記入ください。

保険者番号	06134340	保険者名	東京都家具健康保険組合		
保険証	記号	生年月日	西暦 年 月 日		
	番号	性別	男性 / 女性	続柄	本人 / 家族
利用者	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。		チェック欄 <input type="checkbox"/>
	氏名				

※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 東京都ニット健保会館内 ☎ 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	〒 (所在地、TEL、医療機関名称 スタンプ可)				
電話番号	☎				
医療機関名称	(印)				
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。