
「東振協利用券・利用申込書発行システム」 について

東京金属事業健康保険組合

健康管理部

令和8年8月3日

- この資料は当組合ホームページからダウンロードできます
- この資料は東振協の資料を参考に作成しております

組合ホームページ

ホーム 所在地・お問い合わせ 個人情報取り扱いについて 関連リンク サイトマップ

東京金属事業健康保険組合

文字サイズ 小 中 大

健康保険組合のご案内	加入員専用ページ・健康と生活バックナンバー	申請書一覧	健康保険の給付・保険証等のことなど	各種健診のご案内	健康増進事業・各種割引券	保養施設	事業所担当者ページ
------------	-----------------------	-------	-------------------	----------	--------------	------	-----------

お知らせ

特定健診と特定保健指導

契約サービス提供施設等（ヘルシーアップサポート）

データヘルス計画

インフルエンザ予防接種費用補助金

レクリエーション施設割引

健康増進委員のページ

よくある質問

千代田健診センターのご案内・予約状況

千代田健診センター

健康で毎年の健康チェックをしましょう！
Webまたは電話でご予約ください

ログインはこちら

ホーム 所在地・お問い合わせ 個人情報取り扱いについて 関連リンク サイトマップ

東京金属事業健康保険組合

文字サイズ 小 中 大

健康保険組合のご案内	加入員専用ページ・健康と生活バックナンバー	申請書一覧	健康保険の給付・保険証等のことなど	各種健診のご案内	健康増進事業・各種割引券	保養施設	事業所担当者ページ
------------	-----------------------	-------	-------------------	----------	--------------	------	-----------

健康増進事業 > インフルエンザ予防接種費用補助金

健康増進事業 インフルエンザ予防接種費用補助金

接種期間 10月1日～1月末日までインフルエンザ予防接種を受けた場合に支給いたします。

※東振協及び当組合が実施する事業のいずれか1回限りです。重複の申請はできません。

補助金額

- ・同一年度内1人1回まで、1,000円を上限として実費額を支給いたします。（2回接種法による場合は、2回で1回とみなします）
- ・自治体の補助制度を利用する場合は補助金の支給対象となりません。ただし、一部自己負担金がある場合には支給対象となります。

①東振協を利用する場合

- ・補助額を事前に差引いた金額で予防接種が受けられます。
- 東振協によるインフルエンザ予防接種・利用手順

※東振協のHP

ここをクリック

②当組合（東振協以外）による補助金請求の場合

- ・東振協が実施するインフルエンザ予防接種以外で接種した場合に、後日補助金の請求ができます。但し、事業所が取りまとめて請求していただきます。振込先は事業所となります。個人口座

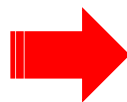
健康増進事業・各種割引券

- 特定健診と特定保健指導
- データヘルス計画
- インフルエンザ予防接種費用補助金
- レクリエーション施設割引券
- 契約サービス提供施設等（ヘルシーアップサポート）
- 脳検査のご案内
- 秋川球場
- 健康増進委員のページ

共通画面①－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

個人情報保護への取り組みについて | 【特定保健指導】運営についての重要事項に関する規程の概要 | 著作権について | リンクバーについて

Copyright © 一般社団法人 東京都総合健康施設振興協会 All rights Reserved.

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－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](#)

[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 本人(被保険者) 令和 3年10月10日 交付 健康保険 被保険者証 記号 999 番号 9999 (枝番) 00 氏名 東金 太郎 性別 男 生年月日 昭和50年10月10日 資格取得年月日 平成30年 5月 1日 QR コード 保険者所在地 東京都千代田区岩本町一丁目11番11号 保険者番号・名称 06123456 東京金属事業健康保険組合 電話03 (3866) 2811 ※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

該当の接種方法を表示

※保険者番号は8桁(半角数字)フルチェック

保険者番号は、健康保険証または資格確認書（お持ちの方）、マイナポータルで確認できます。
※上記保険者番号は当組合の番号ではありません。

院内接種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 ▶ 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

[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: 都道府県と医療機関の選択

※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 (12件)

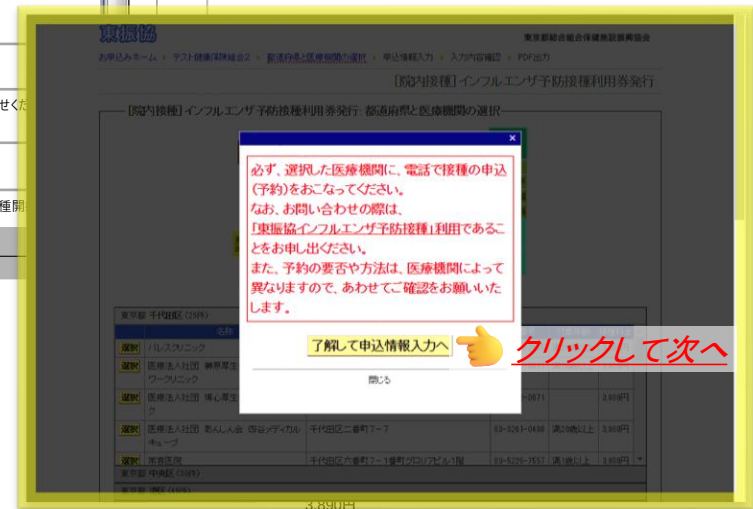
	名称	所在地	電話番号	接種料金	医療機関通信欄
☐	A クリニック	墨田区 **町* - ** - *	03 - **** - ****	3,600円	対象年齢13歳以上。
☐	B 病院	墨田区 **町* - ** - *	03 - **** - ****	3,960円	受付終了しました。
☒	医療法人社団 東振協クリニック	東京都墨田区亀沢1-7-3 東京都二ツ井保健会館内	03-3626-7504	3,500円	予約制。事前にお問い合わせください。
☐	C 医院	墨田区 **町* - ** - *	03 - **** - ****	3,300円	ワクチン在庫あり。
☐	D 診療所	墨田区 **町* - ** - *	03 - **** - ****	3,000円	予約不要。10月20日～接種開始。

東京都 江戸川区 (12件)

東京都 江東区 (28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



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、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？

(印刷等により、表示がうまくない場合があります。)

いい (このウィンドウを閉じます)

いい (利用券PDFファイルはダウンロードします)

※PDFの閲覧・印刷には、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 東亜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		
健保組合通情報	・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)	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、 <u>契約医療機関以外では使用できません。</u> 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.toshinkyo.co.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。 なお、これらの提示がない場合又は、受診前日、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、直前の医師に相談し、指示に従ってください。							
【利用者記入欄】 ■ 文枠内の アシカケ 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			
利用者情報	記号	1234	生年月日	西暦 XXXX 年 XX 月 XX 日			
	番号	56789	性別	男性	続柄	本人	
	フリガナ	ケンゴウ 5000	個人情報同意欄	当館「インフルエンザ予防接種」における個人情報(取扱)について「 ☐ 」を承認のうえ、同意をお願いします。			
氏名	健康 太郎		☒				
※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 東京都総合社会保険施設振興協会(東京都) 〒130-8928 東京都墨田区錦1-11-2 同館M-1 Garden 4階 ☎ 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						
東亜協契約医療機関コード	A	9	9	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「 <u>契約料金より安価で接種した場合</u> 」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ます

[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
11月07日(土) 午前08時30分～午後1時	東振協ホール	東京都墨田区亀沢1-7-3	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01時30分～午後4時	東振協ホール	東京都墨田区亀沢1-7-3	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11時	東振協ホール	東京都墨田区亀沢1-7-3	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01時15分～午後4時	東振協ホール	東京都墨田区亀沢1-7-3	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	東京都墨田区亀沢1-7-3	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」利用であることを申し出てください。
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、アドビ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

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。
 ※ 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 (このウインドウを閉じます)

いいえ (利用券PDFファイルのダウンロードします)

※PDFの閲覧・印刷には、アドビ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

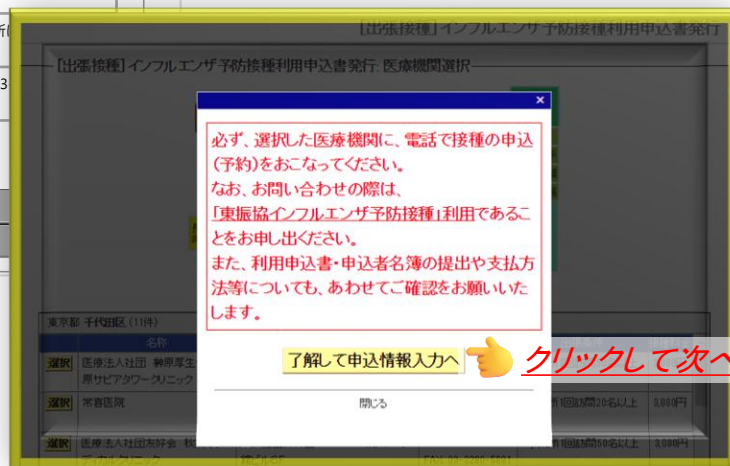
※希望する地域の都道府県名をクリックすると
利用可能な医療機関がある市区郡が表示されます。



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ます



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。
- 内容に誤りがある場合は、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。ファイルをごダウンロードして、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

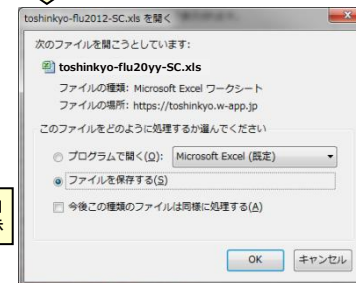
Excelダウンロード(利用申込書)

▶ 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	¥x,xxx*(税込)			家族	¥x,xxx*(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 アミカケ 欄は担当者がご記入ください。												
事業所記号	1234			事業所名称	株式会社○○○○○			担当者名	○○ ○○			
連絡先	xx (xxxx) xxxx			接種日	xxxx年xx月xx日 ~ xxxx年xx月xx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。

