

**東京都報道事業健康保険組合**  
**平成29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 | 平成30年3月31日 |
|------|------------|

**【利用事業所(担当者)記入欄】**

太枠内の **アミカケ** 欄は担当者をご記入ください。

|       |     |        |               |            |    |            |
|-------|-----|--------|---------------|------------|----|------------|
| 事業所名称 |     | 保険者番号  | 06135248      |            |    |            |
| 事業所記号 |     | 保険者名   | 東京都報道事業健康保険組合 |            |    |            |
| 連絡先   | ( ) | 組合補助金額 | 本人            | ¥1500*(税込) | 家族 | ¥1500*(税込) |
| 担当者名  |     | 接種日    | 平成            | 年          | 月  | 日 ~ 平成     |
|       |     |        |               |            |    | 年          |
|       |     |        |               |            |    | 月          |
|       |     |        |               |            |    | 日          |

**【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

別紙申込者記載名簿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。

|         |   |       |    |   |      |   |
|---------|---|-------|----|---|------|---|
| 申込者名簿枚数 | 枚 | 実施人数計 | 本人 | 名 | 請求金額 | 円 |
|         |   |       | 家族 | 名 |      |   |
|         |   |       | 計  | 名 |      |   |

|              |     |  |  |  |  |  |
|--------------|-----|--|--|--|--|--|
| 所在地          | 〒 - |  |  |  |  |  |
| 電話番号         | ☎   |  |  |  |  |  |
| 医療機関名称       | (印) |  |  |  |  |  |
| 東振協契約医療機関コード | A   |  |  |  |  |  |

**《医療機関通信欄》**

1. 申込者名簿に記入されている方で、未接種の方および無資格の方については、二重線で抹消してください。
2. 上記のインフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書に、医療機関の所在地、電話番号、医療機関名称(捺印含む)及び東振協契約医療機関コードを記入のうえ報告(請求)してください。

# 申 込 者 名 簿

※未接種の方および無資格の方については、二重線で抹消してください。

枚 / 枚

| 医療機関コード        |          | 医療機関名                 |       |     |     |   |   |       |
|----------------|----------|-----------------------|-------|-----|-----|---|---|-------|
| 保険者番号 06135248 |          | 保険者名 東京都報道事業健康保険組合    |       |     |     |   |   |       |
| 事業所名称          |          |                       | 事業所記号 |     |     |   |   |       |
| 接種日            | 保険証番号    | カナ氏名(全てカタカナで入力してください) | 性別    | 続柄  | 生   | 年 | 月 | 日     |
| 1              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 2              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 3              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 4              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 5              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 6              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 7              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 8              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 9              | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 10             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 11             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 12             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 13             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 14             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 15             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 16             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 17             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 18             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 19             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 20             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 21             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 22             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 23             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 24             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 25             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 26             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 27             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 28             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 29             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |
| 30             | 平成 年 月 日 |                       | 男・女   | 本・家 | 昭・平 |   |   | 年 月 日 |

ご担当者様

## 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、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の予約を行ったうえ、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ください。  
なお、利用者負担金の支払方法も併せてご確認ください。
- ② 利用申込書の太枠内に記入漏れがないか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、カナ氏名(カタカナのみ)、性別、続柄、生年月日を記入してください。なお、申込者名簿は、最大30名まで記入できますが、30名を超える場合は、コピー等をしてご利用ください。
- ③ 利用申込書及び申込者名簿作成にあたっては、同一事業所内で、健康保険証の「事業所記号」が異なる方が利用する場合は、事業所の記号ごとにご記入ください。

### 2.注意事項

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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、その差額を利用者分をとりまとめて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およ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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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をご覧ください。  
(URL <http://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>)
- ⑦ 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。