

東振協専用インフルエンザ予防接種利用券  
(※ 受診時には必ず被保険者証を添えてご利用ください。)

有効期限	平成 24年 3月31日
------	--------------

アミカゲ欄は利用者がご記入ください。

保険者番号	06135776		保険者名	計機健康保険組合
記号		番号	組合負担金額	¥1,000*(税込)
フリガナ			生年月日	昭和/平成 年 月 日
利用者氏名			続柄	本人/家族

(接種日 平成 年 月 日) とりまとめ機関: 社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会 (東振協)

☎ 03-3626-7504

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. 予防接種を受診するときは、利用券と被保険者証を契約医療機関の窓口へ提出してください。なお、被保険者証の提出がない場合又は、予防接種当日、被保険者が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。
  2. 利用券(キリトリ線以下「実施報告書等」含む)の太枠内に、利用者の被保険者証記号・番号・氏名(カナ含む)・生年月日・続柄を正しくご記入ください。
  3. 予防接種を受診するときは、あらかじめ、契約医療機関に電話等で接種日の予約をしてください。
  4. 予防接種は、利用券に記載してある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。
  5. 予防接種料金は、利用券の券面に「組合負担金額」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。
  7. 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。
- (注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。  
(注2)個人情報データは、この事業目的以外に使用いたしません。  
★ホームページアドレス <http://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>

キリトリ (契約医療機関が報告・請求の際切り取ってください。)

インフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書 (契約医療機関報告・請求用)

(報告・請求書送付先)

社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会

〒130-0014 東京都墨田区亀沢 1-7-3 東京都ニット健保会館内

次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。

保険者番号	06135776		保険者名	計機健康保険組合
記号		番号	組合負担金額	¥1,000*(税込)
フリガナ			生年月日	昭和/平成 年 月 日
利用者氏名			続柄	本人/家族

所在地	〒	—	(スタンプ可)
電話番号			
医療機関名称			
医療機関番号	①		
接種日	平成	年	月 日

QRコード
-------