

**計機健康保険組合**  
**平成27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	平成28年3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>・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>				

**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、利用券と健康保険証を契約医療機関の窓口へ提出してください。なお、健康保険証の提出がない場合又は、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 【利用者記入欄】の太枠内に、利用者の健康保険証記号・番号・氏名(カナ含む)・生年月日・性別・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。
  - ⑤ 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。
  - 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。
- ※ 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: <http://www.toshinkyoo.or.jp/influenza.html>

**【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 証	記 号		生 年 月 日	昭和 / 平成 年 月 日		
	番 号		性 別	男性 / 女性		
利 用 者	フリガナ		続 柄	本人 / 家族		
	氏 名		組合補助金額	本人	¥1,000* (税込)	家族
保険者番号		06135776	保 険 者 名		計機健康保険組合	

※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。

**【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	〒 - (スタンプ可)					QRコード
電話番号						
医療機関名称	(印)					
東振協契約医療機関コード	A					
接種日	平成	年	月	日		