

インフルエンザ予防接種補助事業のお知らせ

当健保組合では本年度も、一般社団法人東京都総合組合保健施設振興協会（略称：東振協）協力のもと、インフルエンザ予防接種の補助事業を行います。ぜひ、流行前の早い段階で受けることをお勧めいたします。

組合補助額 1, 500円（接種金額が1,500円未満の場合は、全額補助となります）

対象者 予防接種時において、当組合の被保険者および被扶養者

注) 但し、自治体から同様の補助を受けられる方は除きます。

接種期間 令和元年10月1日～令和2年2月29日まで


注) 東振協の接種期間とは異なりますのでご注意ください。

補助回数 期間内1回限り

但し、今年度より13歳未満のみ、2回法にて接種する場合2回まで補助

A. 東振協契約医療機関にて予防接種する場合（9月2日より受付開始）

東振協が契約する全国約3,000ヶ所の医療機関にて接種ができます。
会計時に契約料金（上限3,960円）から補助額1,500円が差し引かれますので、
後日、補助金の請求をする必要がありません。可能な限りこちらをご利用ください。

- 1 予約 … 東振協 HP (<http://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>)
 案内画面の下部にあるダウンロードリストの実施一覧から、希望の医療機関へ**必ず事前にお電話で予約してください。**
- 2 利用券作成 … 電話予約後、「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」を
下記いずれかの方法でご自身にて作成して下さい。（健保の手続きは不要です）

保険証をお手元にご用意ください。

- ◆ 東振協HPから希望する契約医療機関・会場を選択し、必要事項等を入力
「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」をプリントアウトする。
- ◆ 本案内2枚目の「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」をプリントアウト
網掛け部分に記入する。

- 3 接種日当日 … 保険証と「東振協専用インフルエンザ予防接種利用券」を窓口にご持参のうえ
予防接種後に自己負担分をお支払いください。（補助金1,500円を差し引いた額）

B. 上記契約医療機関外にて予防接種する場合

上記Aの方法で実施できない場合は、医療機関の窓口にて**全額自己負担していただきます。**
後日、当組合に補助額をご請求ください。

■請求書受付最終締切日 令和2年3月31日必着■

- 1 「インフルエンザ予防接種補助金請求書」《書式》をダウンロード。
- 2 「インフルエンザ予防接種補助金請求書」に必要事項を記載し、**領収書（原則原本）**を添付のうえ当組合に請求する。（事業所より一括請求可）

東京都木材産業健康保険組合
令和元年度 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	2020年2月29日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項	13歳未満2回利用可 ※2回利用する場合、利用券は2枚必要です。
健保組合通信欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・13歳未満のみ、利用券を2回利用可能です。(但し、2回法にて接種する場合に限る) ・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できません。 				

インフルエンザ予防接種ご利用にあたっての注意事項

- | | |
|--|--|
| <p>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。
 ホームページアドレス: http://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html</p> <p>② 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。</p> <p>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。</p> | <p>④ 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。</p> <p>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。</p> <p>⑥ 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。</p> <p>※ 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。</p> |
|--|--|

【利用者記入欄】 ■太枠内の アミカケ 欄(記号・番号・フリガナ・氏名・生年月日・性別・続柄)は利用者をご記入ください。

保 険 証	記 号		生 年 月 日	西 曆	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	¥1500*(税込)	家族	¥1500*(税込)
保 険 者 番 号	06133300		保 険 者 名	東京都木材産業健康保険組合			

※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						
■実際の接種料金		¥					
			■接種日		月		日

※「■実際の接種料金」の記入について

- ・「契約上限金額未満の接種料金」かつ「組合補助金額を下回る接種料金」の場合のみ記入してください。
- ・接種料金が「契約上限金額と同額」の場合は、「組合補助金額を下回る場合」でも記入不要です。