

令和6年度 インフルエンザ予防接種事業のご案内

当組合では、インフルエンザウイルスによる感染及び重症化や合併症を予防することを目的とし、予防接種費用に対する補助事業を行っております。

10月からは、東振協※契約医療機関での予防接種を実施いたしますので、ご案内申し上げます。

昨シーズンは例年よりも早くインフルエンザの流行が見られました。インフルエンザに対する免疫が低下している方も多く、重症化リスクの高まりも懸念されております。この冬も流行の恐れがありますので、感染及び重症化予防のため、ぜひ早めの接種をお願い申し上げます。なお自治体補助制度により自己負担無料で接種する場合、当組合の補助は受けられませんのでご注意ください。

ご 注 意

A.東振協契約医療機関での接種

- ・東振協契約医療機関で予防接種を受ける際に必要な**利用券はマイヘルスウェブ（以下「MHW」）からのみ出力可能です。**電機健保HP、東振協HPからは出力できませんのでご注意ください。（出力方法は操作マニュアル参照※）
- ・「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）」及び「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）」に設けられている個人情報同意欄について、利用の際は必ず同意チェック（✓）が必要です。
- ・インフルエンザ流行のピークは例年1～3月頃となっており、ワクチンの予防効果が期待できるのは接種した2週間後から5カ月程度と考えられています。利用券の有効期限は3月末までですが、なるべく年内の接種をお心掛けください。

B.補助金（最寄りの医療機関で接種）による実施

- ・契約医療機関外で接種した場合の補助金交付申請については、郵送による手続きの他、MHWでも簡単に申請手続きが可能ですので、申請にはぜひMHWをご利用ください。（補助金交付申請のお手続き方法は、操作マニュアル参照※）

※操作マニュアルは「個人用」と「事業所用」があります。MHW事業所管理画面へログインのうえご確認ください。

※東振協…（一般社団法人）東京都総合組合保健施設振興協会の略称。

東京都における総合健康保険組合の疾病予防・健康増進・保健指導宣伝等の保健施設事業を共同化し、より合理的・効率的に行うことにより、健康保険制度の円滑な運営に資し、組合員等の健康の保持増進と生活の安定・向上に寄与することを目的として設立された団体。

お問い合わせ 健康事業課

03-3834-7216

インフルエンザ予防接種補助利用方法

	A 東振協契約医療機関で受ける	B 最寄りの医療機関で受けて補助金請求
対象者	被保険者・被扶養者	被保険者・被扶養者
接種期間	◇院内予防接種・出張予防接種 令和6年10月～令和7年3月 ◇集合予防接種 令和6年11月～令和6年12月	令和6年4月1日～令和7年3月31日
接種医療機関	東振協の契約医療機関	最寄りの希望する医療機関
補助金額	1,000円(1名につき) 医療機関窓口で1,000円を引いた額を支払う ※2回法で接種した場合であっても、補助金の対象は年度内1回のみです。	1,000円(1名につき) ※接種金額が補助金額より少ない場合は、実費金額を補助します。 ※2回法で接種した場合であっても、補助金の対象は年度内1回のみです。
申請方法	個人で接種 ◇院内予防接種(契約医療機関で受ける) ◇集合予防接種(予防接種会場で受ける) 申込受付: 9月～ 契約医療機関に電話などで予約し、MY HEALTH WEBにて利用券発券の手続きを行います。発券した「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)」を接種日に保険証等と一緒に提出してください。 事業所とりまとめ ◇出張予防接種(医療スタッフが事業所に出張) 申込受付: 9月～	事業所とりまとめ ①電機健保指定の「領収書(インフルエンザ予防接種料)」を医療機関に持参し、医療機関の証明を受けてください。 ②「領収書(インフルエンザ予防接種料)」(写し可)を勤務先の健康保険ご担当の方にお渡しください。 ③ご担当の方は、提出された「領収書(インフルエンザ予防接種料)」をとりまとめ、事業所単位でMHW事業所用管理画面より申請してください。回収した領収書はPDF化し、MHWへアップロードできます。(申請期限: 令和7年4月5日まで) ※従来の「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書」での提出も可能です(回収した領収書の添付が必要です)。

・接種費用の領収書は、当組合指定の「領収書(インフルエンザ予防接種料)」を使用し、医療機関の証明を受けてください。

(確定申告にインフルエンザ予防接種領収書が必要な方は写しを組合へ提出してください。)

・当組合指定の「領収書(インフルエンザ予防接種料)」に医療機関の証明を受けられない場合には、医療機関所定の領収書を発行していただけてください。組合への補助金申請の際には、組合指定の「領収書(インフルエンザ予防接種料)」の記入欄(記号番号・氏名・生年月日・性別・本人家族の別・接種日・金額)を記入の上、医療機関発行の領収書を貼付して提出してください。

領収書の貼付により、下段の「医療機関証明欄」の記入は必要ございません。但し、領収書に氏名の記載があることを確認してください。

※医療機関の証明が受けられない場合

別添①

領収書(インフルエンザ予防接種料)

接種する方は、下記の表中◆以外の欄(記号番号・氏名・生年月日・性別・本人家族の別)を記入し、◆の欄(接種日・金額)及び下段医療機関証明欄は、接種医療機関で記入してください。

接種 記 号 番 号	氏 名	生 年 月 日	性 別	本 人 家 族 の 別	◆接種日	◆金額
123	4567 電機 太郎	2023年10月1日	男	本人	2023年11月11日	3,000円
を 受 け た 方		年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
		年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
		年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
		年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
		年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円

※各欄とも記入漏れのないようお願いいたします。

領収書を貼り付け

医療機関の領収書

ご注意ください

※東振協契約機関にて補助額控除料金で接種された場合は、こちらの補助金申請は頂けません。

※当健康保険組合で実施しております【インフルエンザ補助金制度】は、2回法による接種であっても、1回目の接種のみが補助の対象となるため、1回目接種に係る金額をご記入ください。

東京都電機健康保険組合

MHWでの手続き方法の詳細は操作マニュアルをご参照ください。

補助対象は、同一年度内にA・Bいずれかの方法で、1回の接種のみです。

A. 東振協契約医療機関で受ける

- ◎ 対 象 者 被保険者・被扶養者
- ◎ 実施場所 契約医療機関
- ◎ 補助金額 1, 0 0 0 円（1 名につき）

※予防接種料金から補助金額（1,000円）を引いた差額を医療機関の窓口でお支払いいただきます。

- 1. 実施期間 院内・出張予防接種：令和 6 年 1 0 月～令和 7 年 3 月
集合予防接種：令和 6 年 1 1 月～1 2 月
- 2. 接種医療機関 契約医療機関は、東振協ホームページ

<https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>のダウンロードリスト欄よりご確認ください。

(9月1日より確認可能となります。)

- 3. 実施方法 下記の3通りの方法について、医療機関へ予約後、利用券等の発行を MHWで行ってください。
予約については東振協ホームページ、利用券発行方法は操作マニュアルをご参照ください。

院内予防接種・・・医療機関で接種を受ける方法

- ◇ 申込受付期間 令和 6 年 9 月～
- ◇ 接種実施期間 令和 6 年 1 0 月～令和 7 年 3 月

集合予防接種・・・予防接種会場で接種を受ける方法

- ◇ 申込受付期間 令和 6 年 9 月～
- ◇ 接種実施期間 令和 6 年 1 1 月～1 2 月

出張予防接種・・・医療スタッフが事業所に出張して接種する方法

- ◇ 申込受付期間 令和 6 年 9 月～
- ◇ 接種実施期間 令和 6 年 1 0 月～令和 7 年 3 月

- 1.医療機関へ予約
2.MHW個人画面もしくは事業所管理画面にて申込み
3.利用券（P6①）をプリントアウト
4.接種時に医療機関または会場へ「利用券」と「保険証（マイナ保険証・資格確認書）」を持参

- 1.医療機関へ予約（お申込み前にP7④をお読みください）
2.MHW事業所管理画面から専用の「申込書」と「名簿」（P6②③）をプリントアウト
3.接種当日「申込書」と「名簿」を医療機関へ渡す

4. その他

- ・利用券での接種にあたり、東振協による個人情報取り扱いへの同意が必要です。（P8⑤参照）
- ・WEB環境がない個人の方への利用券の発券は、事業所管理画面から行っていただきますようお願いいたします。
- ・インフルエンザ予防接種は、同一年度内に A， B いずれか 1 種類、 1 回のみが健康保険組合からの補助の対象となります。2 回法で実施の場合でも、当組合からの補助は年度内 1 回のみとなります。なお、**接種日当日に健康保険の資格を喪失している場合は利用できません。**
- ・MHWで当組合へ申込後、接種の予約をキャンセルした場合は、組合でキャンセル処理が必要となりますので、必ずご連絡ください。

B. 最寄りの医療機関で接種し補助金請求

◎ 対 象 者 被保険者・被扶養者

◎ 実施場所 希望する医療機関

◎ 補助金額 1, 0 0 0 円（1 名につき）

※接種金額が補助金額より少ない場合は、実費金額を補助します。

※2 回法での接種であっても、補助金の対象は年度内 1 回のみです。

1. 接種期間 **令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 3 1 日**

2. 接種医療機関 最寄りの希望する医療機関で接種してください。

3. 補助金交付申請最終提出期限 **令和 7 年 4 月 5 日（土） ※郵送の場合は令和 7 年 4 月 4 日(金)必着（厳守）**

4. 申請方法 ・ **MHW事業所管理画面から申請** ・ 操作マニュアルをご参照ください。

・ **申請書の郵送による申請**

① 接種を受ける方は、保険証と健康保険組合指定の「領収書（インフルエンザ予防接種料）」

（P9⑥）を医療機関に持参し、医療機関の証明を受けてください。

② 「領収書（インフルエンザ予防接種料）」を被保険者の勤務先の健康保険ご担当の方にお渡しください。

③ ご担当の方は、接種を受けた方から提出された「領収書（インフルエンザ予防接種料）」をとりまとめ、事業所単位で「補助金交付申請書」（P9⑦）を作成し、健康保険組合にご提出ください。

5. その他

- ・接種費用の領収書は当組合指定の『領収書（インフルエンザ予防接種料）』を使用してください。
- ・被扶養者が接種した場合の補助金申請も、被保険者の勤務先を通じて行っていただきます。
- ・インフルエンザ予防接種は、同一年度内に A，B いずれか 1 種類、1 回のみが健康保険組合からの補助の対象となります。2 回法で実施の場合でも、当組合からの補助は年度内 1 回となります。
- ・接種日当日に健康保険の資格を喪失している場合は申請できません。
- ・厚生労働省で承認されていないワクチンは補助の対象外となります。

◆ 事業所ご担当者様へのお願い（必ずお読みください） ◆

- ・年度末近くに年度分をまとめて申請されますと、書類に不備があった場合に書類のやり取り等で年度内の支払に間に合わなくなります。当組合への申請は一括申請ではなく、分けて申請いただきましても支障はございませんので、ある程度集まりましたら、その都度 **お早めに申請くださいますようお願いいたします。**
- ・当組合指定の領収書への記載は漏れのないようお願いします。
- ・**重複接種や資格喪失後の接種が後日判明した時は、補助金額を請求させていただきますので予めご了承ください。**
- ・「A.東振協契約医療機関での接種」の申込をされた方は、「B.補助金申請」はできませんので、補助金申請時に対象者へご確認をお願いします。なお「A.東振協契約医療機関での接種」で当組合への申込後にキャンセルされた方がいらっしゃる場合は、組合までご連絡ください。
- ・自治体補助制度により自己負担無料で接種する場合、当組合の補助は受けられませんのでご注意ください。但し、自治体の補助を受けたうえで、自己負担額が発生する場合、1,000円を上限として当組合の補助金制度をお使いいただけます。補助金申請時には、とりまとめ時に領収書と併せて自治体補助の利用の有無の確認、補助ありの場合は補助額の記載（余白で構いません）を行っていただきますようお願いいたします。

1

**東京都電機健康保険組合
令和6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	2025年3月31日	利用回数	有効期限内 1回	持込事項	
備考	インフルエンザ予防接種料金の補助は被保険者・被扶養者とも同一年度内一人1回限り(上限1,000円)です。 この利用券を使用して接種された方は、当組合の補助金申請はできません。 また、2回法で接種される場合も1回限りとなりますのでご注意ください。 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。				
組合補助金額	本人	¥1,000*(税込)	家族	¥1,000*(税込)	

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、**院内医療機関以外では使用できません。**
 ② 院内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.toshin-kyo.co.jp/influenza.html>
 ③ 受診するときは、**院内医療機関の窓口**に、**利用券の提示**と**健康保険証(マイナ健康保険 受給者証)**の提示をしてください。
 なお、これらの提示がない場合は、受診当日、健康保険の受給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。
 ※マイナ健康保険・健康保険証として利用可能なのはマイナンバーカード
- ④ 利用券の有効期限は本年度10月1日～有効期限満了となります。
 ⑤ 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、医療機関の案内に倣ってください。
 ⑥ 予防接種料金は、利用券の提示に「組合補助金額」が記載されている場合、その金額を窓口でお支払いください。
 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。

【利用者記入欄】 ■本枠内の **アミカケ** 欄は利用者ご記入ください。

保険者番号	06134803	保険者名	東京都電機健康保険組合			
保険証番号		生年月日	西暦	年	月	日
利用者のフリガナ		性別	男性 / 女性	続柄	本人 / 家族	
利用者の氏名		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」をご確認の上、同意をお願いします。			

※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。
 ※健康保険証等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協議会【東振協】
 〒130-0914 東京都墨田区亀沢1-7-3東京都ニッパビル会館内 ☎ 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	
電話番号	☎
医療機関名称	
東振協契約医療機関コード	A
■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「契約料金より安価で接種した場合」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。

2

**東京都電機健康保険組合
令和6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	2025年3月31日	組合補助金額	本人	¥1,000*(税込)	家族	¥1,000*(税込)
保険者番号	06134803	保険者名	東京都電機健康保険組合			

【利用事業所(担当者)記入欄】 本枠内の **アミカケ** 欄は担当者ご記入ください。

事業所記号		事業所名称		担当者名	
連絡先	()	接種日	年 月 日 ~	年 月 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」をご確認の上、同意をお願いします。 ※代表者様(担当者様)のみのお同意となりますので、代表者様は必ず他の利用者の方にも同意を仰ぐこと、東振協専用インフルエンザ予防接種申込書各欄に添付してください。			同意チェック欄	☐

※必ず申請に必要ない場合、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。

【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協議会【東振協】
 〒130-0914 東京都墨田区亀沢1-7-3東京都ニッパビル会館内 ☎ 03-5619-4121

別紙申込書記載の方々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	実施人数計	請求金額	実施確認チェック欄
枚	本人	名	☐ 確認しました
	家族	名	
	計	名	
所在地			
電話番号	☎		
医療機関名称			
東振協契約医療機関コード	A		

【医療機関様へお願い】

1. 「実施報告(兼)について、当日キャンセル等で未接種となった方は、補助金請求できませんので、
「実施」の欄分に「二重報」で取り除くをお願いします。 ※「二重報」の方は請求から除かれます。
2. 無償の方については、健康補助対象外となりますので、申込者名簿には記載しないでください。
3. 本用紙の【契約医療機関記入欄】の8項目「申込者名簿枚数」「実施人数計」「請求金額」「実施確認チェック欄」
「所在地」「電話番号」「医療機関名称(特約含む)」「東振協契約医療機関コード」をご記入ください。
4. 下記の書類3点を併せて東振協宛に報告(請求)してください。
 ①東振協専用インフルエンザ予防接種利用申込書(本用紙)
 ②東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿
 ③報告表(※報告表については東振協から医療機関へ送付します。)

3

東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿

※ 無償の方については、健康補助対象外となりますので、申込者名簿には記載しないでください。

※1 「実施報告(兼)について、当日キャンセル等で未接種となった方は、補助金請求できませんので、
「実施」の欄分に「二重報」で取り除くをお願いします。

医療機関コード	06134803	医療機関名	東京都電機健康保険組合	性別	性別	生年月日
保険者番号	06134803	保険者名	東京都電機健康保険組合	性別	性別	生年月日
事業所記号		事業所名称		性別	性別	生年月日
申込者名簿	保険証番号	氏名	フリガナ	性別	性別	生年月日
1	実施	月 日		男	女	年 月 日
2	実施	月 日		男	女	年 月 日
3	実施	月 日		男	女	年 月 日
4	実施	月 日		男	女	年 月 日
5	実施	月 日		男	女	年 月 日
6	実施	月 日		男	女	年 月 日
7	実施	月 日		男	女	年 月 日
8	実施	月 日		男	女	年 月 日
9	実施	月 日		男	女	年 月 日
10	実施	月 日		男	女	年 月 日
11	実施	月 日		男	女	年 月 日
12	実施	月 日		男	女	年 月 日
13	実施	月 日		男	女	年 月 日
14	実施	月 日		男	女	年 月 日
15	実施	月 日		男	女	年 月 日
16	実施	月 日		男	女	年 月 日
17	実施	月 日		男	女	年 月 日
18	実施	月 日		男	女	年 月 日
19	実施	月 日		男	女	年 月 日
20	実施	月 日		男	女	年 月 日

※2 P7を記入する場合は「性別」「年齢」について性別は「男」または「女」で記入してください。年齢は「年」または「歳」で記入してください。

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、人数、場所、支払方法等をご確認のうえ予約をしてください。予約後は、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みください。
なお、医療機関一覧の医療機関通信欄は目安となりますので、医療機関通信欄の内容を満たしていても予約をお断りされる場合がありますので、ご了承ください。

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」「漢字氏名」「ふりがな」「性別」「続柄」「生年月日」を記入してください。また、申込者名簿は、最大20名まで記入できますが、20名を超える場合は、行を追加またはシートをコピー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、同じ健康保険組合であっても事業所記号ごとに作成してください。

例) 同事業所内で事業所記号「100」「150」「200」の利用者がいる場合
東振協ホームページの「利用申込書(出張用)発行」より
「事業所記号」を「100」「150」「200」で3回Excelダウンロードし、それぞれ事業所記号ごとに利用申込書及び申込者名簿を作成してください。

2. 注意事項

① 予防接種をキャンセルする場合、又は予約日時を変更する場合は、必ず事前に医療機関と調整してください。

② 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。

③ 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。

④ 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、その差額の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及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。

⑤ 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。

⑥ 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。

⑦ 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こちらのホームページ(URL <https://www.toshinkyu.or.jp/influenza.html>)をご覧ください。

⑧ 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。

⑤

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、同意をお願い致します。

1. 利用目的について

- ・インフルエンザ予防接種の実施のため
 - ・契約医療機関へインフルエンザ予防接種にかかるとの費用を支払うため
 - ・契約健康保険組合にインフルエンザ予防接種実施報告及び費用の請求をするため
 - ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため
- 以上の利用目的以外で貴殿の個人情報を利用する場合、ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものといたします。

2. 個人情報の取扱いについて

当協会は、個人情報を上記利用目的の範囲内で正確・最新の内容に保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。

3. 個人情報の第三者提供について

当協会は、以下のいずれかに該当する場合を除き、あらかじめ貴殿の同意をいただくことなく、第三者に提供することはありません。

- ① ご本人が事前に承諾された場合。
- ② 法令に基づく場合。
- ③ 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ④ 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ⑤ 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

4. 業務委託について

インフルエンザ予防接種事業を実施するにあたり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。

データ管理に伴う入力業務、情報システムの保守管理、配送業務、廃棄物処理

5. 個人情報を与えることの任意性等について

個人情報のご提示や個人情報の取扱いのご同意は、いずれも貴殿の任意となります。但し、ご提示やご同意をいただけない場合は、第1項の利用目的を遂行できず、インフルエンザ予防接種の実施ができない場合があります。

6. 権利について

当協会の保有する個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、個人情報の訂正、追加又は削除、個人情報の利用又は提供の拒否権(以下、「開示等」という。)を求めることが可能です。開示等を要望される場合は、下記の個人情報相談窓口までご相談ください。

【個人情報相談窓口担当 TEL:03-3626-7504】

⑥

領 収 書（ イン フ ル エ ン ザ 予 防 接 種 料 ）

〔接種なさる方は、下記の表中◆以外の欄(記号番号・氏名・生年月日・性別・本人家族の別)を記入し、
◆の欄(接種日・金額)及び下段医療機関証明欄は、接種医療機関で記入いただいでください。〕

接 種 を 受 け た 方	保 険 証		カナ氏名	生 年 月 日	性 別	本 人 家 族	◆接種日	◆金額
	記 号	番 号						
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	西暦 年 月 日	円

◎各欄とも記入漏れのないようお願いいたします。

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施し、領収いたしました。

所 在 地
(電話番号)

◆ 医 療 機 関 名 称

代 表 者 印

医療機関様へのお願い
上記表中◆の各欄(接種日・金額)を記入のうえ、医療機関欄に証明くださいますようお願いいたします。
(押印が必要です。)

ご注意ください

※ 東振協協約料金にて接種の場合は補助金申請頂けませんのでこちらの領収書の記載は必要ありません。
※ 当健康保険組合で実施しております[インフルエンザ補助金制度]は、2回法による接種であっても、
1回目の接種のみが補助の対象となるため、1回目接種に係る金額をご記入ください。

東 京 都 電 機 健 康 保 険 組 合

⑦

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の交付申請をいたします。

申 請 する 事 業 所 の (本支店等)	〒
所 在 地	TEL
本・支店名等	
担 当 者 名	
申 請 人 数	名 (内 接種費用1,000円未満 名)

令和 年 月 日

事業所番号

所 在 地

名 称

事 業 主 名

東京都電機健康保険組合 理事長 殿

※ 組合記載欄

総 人 数	地域コード	整 理 番 号	受 付 印

1,000円 × 名 =

合 計 円

※この申請書に係る個人データについては、インフルエンザ予防接種補助金交付以外の
目的には使用いたしません。