

令和7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12月から1月をピークに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

※④東振協のインフルエンザ予防接種利用券のダウンロードはMY HEALTH WEBからのみ可能です。
電機健保ホームページ、東振協ホームページからはダウンロードできませんのでご注意ください。

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7年10月～令和8年3月 ◇集合予防接種 令和7年11月～令和7年12月	令和7年4月1日～令和8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 ※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。	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	事業所とりまとめ	
	◇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。	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8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)。	
	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～		

・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頂いてください。**※「インフルエンザ予防接種」の領収書と分かるように医療機関へお伝えいただけますと幸いです。**
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(コピー可)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」の記入は必要ありません。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

領収書(インフルエンザ予防接種料)

接種を受ける方は、下記の欄に◆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。
※申請時に必要な健康保険の記号・番号につきましては、各組合発行の資格情報のお知らせ、資格確認書のほか、マイナポータルでも確認できます。

健康保険 記号番号	氏名	生年月日	性別	本人 家族	◆接種日	◆金額
令和・平成・令和	男 女 本 家	年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
令和・平成・令和	男 女 本 家	年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
令和・平成・令和	男 女 本 家	年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
令和・平成・令和	男 女 本 家	年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
令和・平成・令和	男 女 本 家	年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円
令和・平成・令和	男 女 本 家	年 月 日	男 女	本 家	年 月 日	円

領収書を貼り付け

※各欄とも記入漏れのないようお願いいたします。

医療機関の領収書

ご注意ください

※東振協契約の組合員に接種の場合は補助金申請しませんが、こ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

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。

※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。

1. 実施期間 院内・出張予防接種：令和 7 年 1 0 月～令和 8 年 3 月

集合予防接種：令和 7 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 7 年 9 月～

◇ 接種実施期間 令和 7 年 1 0 月～令和 8 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 7 年 9 月～

◇ 接種実施期間 令和 7 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 7 年 9 月～

◇ 接種実施期間 令和 7 年 1 0 月～令和 8 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 7 年 4 月 1 日～令和 8 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 8 年 4 月 5 日（日）** ※郵送の場合は**令和 8 年 4 月 3 日(金)必着（厳守）**

4. 申請方法
- ① 接種を受ける方は、マイナ保険証等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、事業所単位で申請してください。

・ **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** ・ ・ 「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。（特に健康保険の記号・番号はお間違えの無いようお願い致します。）
- ・**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。

④

事業主ご担当者様

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、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 予防票などの記載が必要となりますので、予約前に確認し、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ホームページ(URL <https://www.toshinkyo.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。

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

⑤

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。〕

※申請時に必要な健康保険の記号・番号につきましては、当組合発行の資格情報のお知らせ、資格確認書のほか、マイナンバーカードでも確認できます。

接 種 を 受 け た 方	健 康 保 険		氏 名	生 年 月 日	性 別	本 人 家 族		◆接種日	◆金額
	記 号	番 号							
				昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	本 家	本 家	令和 年 月 日	円
				昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	本 家	本 家	令和 年 月 日	円
				昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	本 家	本 家	令和 年 月 日	円
				昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	本 家	本 家	令和 年 月 日	円
				昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	本 家	本 家	令和 年 月 日	円
				昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	本 家	本 家	令和 年 月 日	円

⑨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

※ 京銀協契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

事業所記号

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

接 種 人 数	整 理 番 号	受 付 印

1,000円 × 名 =

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。