

おすすめですよ!!

令和5年度「インフルエンザ予防接種」 契約医療機関(東振協)の利用方法

- ① 下記サイトより契約医療機関を探し、電話確認または予約する。
- ② 当日は、別紙の【利用券】と【健康保険証】を持参し接種する。

面倒な補助金申請やお支払いは不要!!

東振協 インフルエンザ

検索



オオゼキ健康保険組合
令和5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	2023年12月31日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項	小学生以下2回利用可 ※2回利用する場合、利用券は2枚必要です。
健	・2回法（小学生以下に限る）で接種する場合でも、利用券の発行は2回必要です。				

東振協利用券 記入例

※ 契約医療機関へ電話確認または予約後、利用券へ下記のとおりご記入ください。
接種当日、健康保険証と一緒に病院窓口へ提出してください。

窓口でのお支払い・補助金申請不要

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。

【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。

保険者番号	06139588		保険者名	オオゼキ健康保険組合		
保険証	記号	10 } 2345 }	生年月日	西暦 2005 年 1 月 1 日		
	番号		性別	男性 / 女性	続柄	本人 / 家族
利用者	フリガナ	オオゼキ タロウ		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」をご確認のうえ、同意をお願いします。	同意チェック欄 <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名	大関 太郎				

※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

《報告・請求書送付先》 一般社団法人 東 〆130-0014 東京

上記の方にインフルエンザ予防接種を実施

所在地	☎	氏名	大関 太郎		4 1 2 1
電話番号		生年月日	平成 20年 1月 1日 性別 男		
医療機関名称		資格取得年月日	平成 23年 4月 1日		
東振協契約医療機関コード	A	保険者所在地	東京都渋谷区千駄ヶ谷5丁目23番5号		
		保険者番号・名称	06139588 オオゼキ健康保険組合 03(5357)7550		

健康保険被保険者証

記号 10 番号 2345 (枝番) 00

枝番は記入不要

印

■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。

オオゼキ健康保険組合
令和5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	2023年12月31日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項	小学生以下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	・2回法（小学生以下に限る）で接種する場合でも、利用券の発行は2回必要です。 ・必ず、インフルエンザ予防接種利用券と保険証を持参して下さい。 ・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。 ・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	¥3,960*(税込) 全額組合負担	家族	¥3,960*(税込) 全額組合負担

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、 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: https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html
② 受診するときは、契約医療機関の窓口に、利用券の提出と健康保険証の提示をしてください。なお、健康保険証の提示がない場合又は、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。
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。 | 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。
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】 ■太枠内の アミカケ 欄は利用者をご記入ください。

保険者番号		06139588		保険者名		オオゼキ健康保険組合		
保険証	記号			生年月日	西暦	年	月	日
	番号			性別	男性 / 女性	続柄	本人 / 家族	
利用者	フリガナ			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」をご確認のうえ、同意をお願いします。			同意 チェック欄 <input type="checkbox"/>
	氏名							

※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									
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。

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】