インフルエンザ予防接種
（健保組合共同事業）契約のご案内

私ども東振協では約160の健保組合からの委託を受け、インフルエンザ予防接種共同事業を実施しております。
全国約3,600の医療機関と契約しており、年間約80万人の方にご利用いただいております。
10月から翌年3月にかけて予防接種事業を実施することとしておりますが、利用者の利便性が図られるよう予防接種医療機関の全国拡大に努めておりますので、ご理解・ご協力を賜りますようよろしくお願い申しあげます。

◆任意予防接種料金◆

契約料金は１人１回：上限４,０６０円（税込）です。
また、一般接種料金（一般の外来で接種される方の接種料金の満額）以下で
ご契約いただける医療機関様が対象となります。

お申込みから実施までの処理手順については次のとおりです。

契約の締結から東振協ホームページ掲載へ	契約申込書にて申込をされました医療機関様には、業務委託契約書を作成し送付いたします。契約締結となりましたら、東振協のホームページに掲載させていただきます。 ※別添1参照
予防接種の予約（9月から）	予防接種希望者から、事前に接種日の予約をさせていただきます。 （接種期間：10月1日から翌年3月末日まで）
予防接種の実施（10月から）	利用者は、各組合共通の東振協専用の「インフルエンザ予防接種利用券」と「マイナ保険証又は資格確認書」を持参いたしますので、ご確認のうえ接種を実施していただきます。 なお、利用券面には組合補助金額（※補助金額については各組合により異なります）が表示されていますので、予防接種契約料金からその額を差し引いた金額を、医療機関窓口で徴収していただきます。 ※別添2参照
費用精算	インフルエンザ予防接種利用券が実施報告（兼）請求書になっていますので、貴院から送付（郵送）されたものを毎月1回とりまとめを行い、原則として翌々月の上旬に指定口座にお振込みいたします。

お問い合わせ・書類送付先

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）
〒130－8688　東京都墨田区緑1－11－2　両国M-1 Garden　4階
（電話　03－5619－4121　FAX　03－5819－0610）
受付時間　午前9時～午後5時（土、日、祝日を除く）
ホームページアドレス　https://www.toshinkyo.or.jp

インフルエンザ予防接種医療機関契約申込書

ご契約いただける医療機関様におかれましては、申込書に必要事項をご記入のうえ、
FAXまたは郵送でお申込みくださるようお願いします。

◇送付先：東振協ＦＡＸ番号：０３-５８１９-０６１０

医療機関名称			
代表者名		ご担当者名	
所在地	〒　　－	都道府県	市区町村
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）
契約区分	□院内接種　□出張接種　□両方	（ご希望の契約区分にチェックしてください。）	
契約開始日	月 1 日 より	（9月～3月の間で、ご希望の月を記入してください。契約書の契約期間の開始日となります。）	

【院内】契約料金	1人1回	¥　　（税込）	上限額 ¥4,060（税込）
医療機関通信欄（東振協ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ掲載開始時）※対象年齢がある場合は必ず記入してください。			

■一般接種料金 ※一般の外来で接種される方（東振協以外）の接種料金の満額をご記入ください。

¥					（税込）

※なお、ご契約料金が一般接種料金を超える場合はご契約いたしかねますのでご了承ください。

■契約料金未満 確認 「小児等の安価料金」及び「市区町村等の補助後の自己負担額※」

※併用する場合は、「市区町村等の補助後の自己負担額」及び「市区町村等の補助が一律の自己負担額」などに対して、利用券を使用することとなりますので、補助利用後の自己負担額を記入してください。

¥	¥	¥	¥	
条件等	条件等	条件等	条件等	

※「小児等の安価料金の設定がない」又は「市区町村等の補助について不明」の場合は記入不要です。

【出張】契約料金	1人1回	¥　　（税込）	上限額 4,060円（税込）
医療機関通信欄（東振協ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ掲載開始時）			

・医師、看護師等の派遣費用および交通費等の諸経費については、出張予防接種料金に含むものとし 利用者1人あたりの予防接種料金の上限額は4,060円（税込）となります。

・出張接種の実施については、管轄する自治体（保健所等）に取扱いのご確認をいただきますようお願いいたします。

◆ご記入いただいた情報は、本業務以外の目的では一切使用いたしません。

【 見 本 】

○○○○健康保険組合
令和XX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	××××年××月××日	利用回数	有効期限内　×回	特記事項	
健保組合通信欄					

組合補助金額	本人	￥×,×××*（税込）	家族	￥×,×××*（税込）	併用	

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.toshinkyo.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
マイナ保険証又は資格確認書の提示をしてください。
なお、これら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　欄は利用者がご記入ください。

保険者番号		×××××××××	保険者名	○○○○○健康保険組合		
利用者情報	記号	XXXX	生年月日	西暦　XXXX 年　XX 月　XX 日		
	番号	XXXX	性別	XX	続柄	XX
	フリガナ	XX XX	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	☑
	氏名	XX XX				

※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。
※マイナ保険証等の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）
〒130-8688　東京都墨田区緑1-11-2　両国M-1 Garden 4階　☎ 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。

【別添1】

東振協ホームページの医療機関一覧の掲載について

契約締結となりましたら、東振協ホームページの医療機関選択リストに掲載いたします。

利用者は医療機関選択リストをご覧になって、原則電話で申込（予約）を行います。

なお、リストに「医療機関通信欄」がありますので、対象年齢、予約の可否、受診方法、受付状況など、利用者に向けてお知らせしたい内容がありましたら、ご記入ください。

【サンプル】

［院内接種］インフルエンザ予防接種利用券発行

［院内接種］インフルエンザ予防接種利用券発行：都道府県と医療機関の選択

	名称	所在地	電話番号	接種料金	医療機関通信欄
選択	Aクリニック	＊区＊町1-1-1	03-****-****	2,000円	対象年齢16歳以上。予約開始は11月1日からとなります。
選択	Bクリニック	＊区＊町2-2-2	03-****-****	2,500円	高校生以上から受付しております。予約不要です。
選択	Cクリニック	＊区＊町3-3-3	03-****-****	3,000円	対象年齢生後6か月以上。ワクチン在庫あり
選択	Dクリニック	＊区＊町4-4-4	03-****-****	3,500円	満5歳以上から。電話予約受付時間9:00～12:00　13:00～17:00。
選択	Eクリニック	＊区＊町5-5-5	03-****-****	4,060円	対象年齢生後6か月以上。予約はクリニック専用ホームページからお願いいたします。

■医療機関通信欄等については東振協ホームページよりEXCELで確認できます。
（EXCELをダウンロードできる期間は9月より3月までです。）

URL：https://www.toshinkyo.or.jp/influenza.html

院内予防接種契約医療機関　クリックしてダウンロード
・更新：yyyy/mm/dd　／　3500機関

出張予防接種契約医療機関　クリックしてダウンロード
・更新：yyyy/mm/dd　／　800機関

集合予防接種会場　クリックしてダウンロード
・更新：yyyy/mm/dd　／　12会場

異動情報　クリックしてダウンロード

個人情報の利用に関する同意書

【別添2】

東振協インフルエンザ予防接種の費用精算について

下記の表は費用精算についての参考表となります。小児等又は市区町村等の補助と併用で、契約料金より安価で接種した場合は、参考表を参考にご対応をお願いいたします。※組合補助金額については、各組合により異なります。

※利用券の左下「接種料金」の記入について

・小児等又は市区町村等の補助と併用で「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。

【参考表】

【院内】契約料金：¥3,500　で契約をした場合

	① 接種料金 【医療機関⇔東振協】	② 利用券 「組合補助金額」欄	③ 利用券 「接種料金」記入欄	④（＝①－②） 利用者の自己負担金額 (差額を窓口で徴収) 【利用者⇒医療機関】	⑤ 東振協から医療機関へ支払金額 【東振協⇒医療機関】
【例１】 **「契約料金と同額」で接種した場合**	¥3,500	例1　¥4,060　の場合	記入不要	¥0	¥3,500
		例2　¥3,000　の場合		¥500	¥3,000
		例3　¥2,000　の場合		¥1,500	¥2,000
		例4　¥1,000　の場合		¥2,500	¥1,000
		例5　¥0　の場合		¥3,500	¥0
【例２】 **小児等で契約料金より▲1,000円安価(仮定)の料金設定で接種した場合**	¥2,500	例1　¥4,060　の場合	「2500」を記入	¥0	¥2,500
		例2　¥3,000　の場合		¥0	¥2,500
		例3　¥2,000　の場合		¥500	¥2,000
		例4　¥1,000　の場合		¥1,500	¥1,000
		例5　¥0　の場合		¥2,500	¥0
【例3】（一例） **市区町村等の補助が1500円で、併用する場合**	¥2,000 (3500-1500)	例1　¥4,060　の場合	「2000」を記入	¥0	¥2,000
		例2　¥3,000　の場合		¥0	¥2,000
		例3　¥2,000　の場合		¥0	¥2,000
		例4　¥1,000　の場合		¥1,000	¥1,000
		例5　¥0　の場合		¥2,000	¥0
【例4】（一例） **市区町村等の補助が一律1500円の自己負担で接種可能な補助で、併用する場合**	¥1,500 ※一律の自己負担	例1　¥4,060　の場合	「1500」を記入	¥0	¥1,500
		例2　¥3,000　の場合		¥0	¥1,500
		例3　¥2,000　の場合		¥0	¥1,500
		例4　¥1,000　の場合		¥500	¥1,000
		例5　¥0　の場合		¥1,500	¥0

※【例3】【例4】の市区町村等の補助との併用については、併用可能な組合に限ります。