

住友不動産ステップ健康保険組合
令和7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	2026年1月31日	利用回数	有効期限内 1回	特記事項			
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。 ・2回法で接種をする場合でも、利用券の利用は1人1回のみです。 ・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	¥4,060*(税込) 全額組合負担	家族	¥4,060*(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.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

健康保険証(マイナ保険証※・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。

※マイナ保険証: 健康保険証として利用登録済みのマイナンバーカード

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には、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	06138523		保険者名	住友不動産ステップ健康保険組合		
保 險 證	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
	氏名					<input type="checkbox"/>

※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振興協会(東振協)

〒130-0021 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。