

神戸貿易健康保険組合
令和8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	2027年3月31日	組合補助金額	本人	¥3,000*(税込)	家族	¥3,000*(税込)
保険者番号	06281117	保険者名	神戸貿易健康保険組合			

【利用事業所(担当者)記入欄】

太枠内の アミカケ 欄は担当者をご記入ください。

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」をご確認のうえ、同意をお願いします。 ※代表者様(担当者様)のみの同意としておりますので、代表者様は必ず他の利用者の方にも同意を得た上で、東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿に登録してください。				同意 チェック欄 ☐

※必要事項に記載がない場合、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。

【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

別紙申込者記載名簿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。

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	円	☐ 確認しました 申込者名簿の「実施確認」欄について、問診票、カルテ等でご確認いただき、チェックをしてください。 ※未実施の方については、必ず「二重線」で取り消し線を引いてください。
	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》

- 「実施確認」欄について、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」の部分に「二重線」で取り消し線を引いてください。 ※「二重線」の方は請求から除外します。
- 無資格の方については、健保補助対象外となりますので、申込者名簿には載せないでください。
- 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(捺印含む)」「東振協契約医療機関コード」をご記入ください。
- 下記の書類3点を併せて東振協宛てに報告(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総括表(※総括表については東振協から医療機関へ送付します。)