

**東京貨物運送健康保険組合**  
**平成29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 | 平成30年1月31日 |
|------|------------|

**【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。

|       |     |        |              |             |    |             |
|-------|-----|--------|--------------|-------------|----|-------------|
| 事業所名称 |     | 保険者番号  | 06134001     |             |    |             |
| 事業所記号 |     | 保険者名   | 東京貨物運送健康保険組合 |             |    |             |
| 連絡先   | ( ) | 組合補助金額 | 本人           | ¥2,000 (税込) | 家族 | ¥2,000 (税込) |
| 担当者名  |     | 接種日    | 平成 年 月 日     |             |    |             |

**【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

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 | 枚 | 実施人数計 | 本人 | 名 | 請求金額 | 円 |
|         |   |       | 家族 | 名 |      |   |
|         |   |       | 計  | 名 |      |   |

|              |     |         |
|--------------|-----|---------|
| 所在地          | 〒 - | (スタンプ可) |
| 電話番号         |     |         |
| 医療機関名称       |     | (印)     |
| 東振協契約医療機関コード | A   |         |

**《医療機関通信欄》**

1. 申込者名簿に記入されている方で、受診しなかった方については、二重線で抹消してください。
2. 上記のインフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書に、医療機関の所在地、電話番号、医療機関名称(捺印含む)及び東振協契約医療機関コードを記入(スタンプ可)のうえ報告(請求)してください。