

インフルエンザ予防接種のご案内

日頃より当国保組合の事業運営にご協力を賜り、誠にありがとうございます。
さて、今年もまもなくインフルエンザの流行する季節がやってきますが、府下の国保組合が共同で「インフルエンザ予防接種」を実施いたします。ご家族の方もこの機会にぜひお受けください。
今年4月以降に組合の健診を受けられた方はインフルエンザのみの受診となります。

実施要領

■受診資格

18歳以上の被保険者（平成17年生まれ以上）
（卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性があるので予防接種を受けることはできません）。
その他の予防接種（新型コロナワクチン予防接種）を接種または接種予定の方は、接種予定日より前後2週間の間隔をあける必要があります。

■実施会場

別紙の「生活習慣病共同健診 実施会場及び日程」をご覧ください。

■実施日時

令和5年10月27日（金）から 令和6年1月31日（水）まで
※ 会場によって異なります（別紙の「生活習慣病共同健診 実施会場及び日程」をご覧ください）。
申し込みの受付期間については、右記の【受付期間】をご覧ください。

■実施項目

インフルエンザ予防接種（1回）

■接種費用

無 料 （全額 本組合負担）

■予防接種実施医療機関

- ・一般社団法人 オリエンタル労働衛生協会 大阪支部
 - ・医療法人 厚生会 厚生会クリニック
- ※今年度よりm・oクリニックの実施はございません。

お申し込み方法

■お申し込み方法

- 同封の申し込みハガキに必要事項をご記入の上、郵便にてお送りください。
- ※ ご記入の際は別紙の「申し込みハガキの記入方法」をご覧ください。記入漏れ等がないようご注意ください。
 - ※ ハガキは生活習慣病共同健診の申込みも兼ねています。
 - ※ 「健診のみ」「健診＋予防接種」「予防接種のみ」のいずれかに必ず○印をご記入ください。
 - ※ ご記入後、「個人情報保護シール」を貼付の上、投かんしてください。
 - ※ できる限り多くの組合員様にご受診いただく為にも、日程変更・キャンセルのない様、ご協力をお願い申し上げます。
- 尚、日程変更・キャンセルの場合は共同印刷西日本株式会社へご連絡してください。

■受付期間

- 令和5年9月15日（金）から 令和5年9月25日（月）まで （当日消印有効）
- ※ 受付期限厳守をお願いいたします。
 - ※ 受付期間前に到着したハガキは、初日の到着ハガキと同様の扱いとなります。

受診会場および受診日の決定

- ◎ 申し込みハガキの先着順に、第1希望、第2希望、第3希望の順番でご予約をお取りいたします。
 - ◎ 会場の定員超え（または大幅な不足）により第1、2、3希望の全てでご予約をお取りできなかった場合は、別の会場または日程を共同印刷西日本株式会社よりお電話でご案内いたします。
- ※ 郵便事情によりご連絡が遅れが生じることがあります。
 - ◎ お電話で連絡が取れなかった場合は、封書をお送りいたします。封書の送付後、共同印刷西日本株式会社にご連絡がない方につきましては、今回の受診申し込みは無効となります。ご了承ください。
 - ◎ 確定した受診会場・受診日は受診票にてご連絡させていただきます。

受診票等の送付

- ◎ 受診会場および受診日が確定した方には、受診のご案内（問診票、会場の地図）をお送りいたします。
- ※ 受付期間前に到着したハガキは、初日の到着ハガキと同様の扱いとなります。
- ※ 郵便事情によりご案内の到着に遅れが生じることがあります。

予約の変更およびお問い合わせ

- ①日程に関するお問い合わせ
⇒共同印刷西日本株式会社へお問い合わせください。
[電話番号]
◎9月15日～1月31日の期間 …… 0120-803-833
◎上記以外の期間 …………… 03-5645-8376
[営業時間]
◎月曜日～金曜日…………… 9：00～17：00
◎土曜日…………… 9：00～13：00（9月16日～12月9日）※左記以外の土曜日は休み
◎年末年始（12月28日～1月4日）、日曜日、祝日 …… 休み
- ②インフルエンザ予防接種に関するお問い合わせ
⇒実施医療機関へお問い合わせください。（各医療機関の連絡先は当用紙裏面の「■お問合せ・ご相談は」をご覧ください）

個人情報の取扱いについて

一般社団法人 オリエンタル労働衛生協会 大阪支部、医療法人 厚生会 厚生会クリニック、共同印刷西日本株式会社（以下、予防接種委託機関という）では、受診者様の個人情報を以下のように取り扱います。

1. 利用目的

- ・受診者様へ適切な医療サービスの提供のため
- ・健康状況把握のため
- ・病院事務・管理を適切に行うため
- ・精度管理や社会の健康管理水準向上のため
- ・法令・行政上の業務への対応のため
- ・医療訴訟における資料提出のため
- ・保険請求業務のため

以上の目的以外で受診者様の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上で行うものといたします。ただし、緊急の場合、治療上必要な場合等、予防接種委託機関が必要だと判断した場合は、利用を優先し、後ほどご説明させていただきます。

2. 個人情報の共同利用について

予防接種委託機関は下記の通り受診者様の個人情報を共同利用いたします。	
共同して利用される個人情報の項目	氏名、年齢、住所、電話番号
共同で利用する者の範囲	大阪府国民健康保険組合協議会より予防接種の業務委託を受けた事業者間
共同で利用する者の利用目的	インフルエンザ予防接種予約業務及び受診のご案内発送業務のため
共同で利用する個人情報の管理について責任を有する者の名称	大阪府国民健康保険組合協議会
取得方法	専用回線による受け渡し
共同で利用する機関名称	一般社団法人 オリエンタル労働衛生協会 大阪支部、 医療法人 厚生会 厚生会クリニック、共同印刷西日本株式会社

3. 個人情報の第三者提供について

法令に定めがある場合を除き、受診者様の個人情報は、あらかじめご本人の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。

4. 業務委託について

医療を提供するにあたり、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。

- ・予防接種業務
- ・医療事務関連業務
- ・健診業務
- ・清掃業務
- ・情報システム管理
- ・廃棄物処理

5. 受診者様の権利

予防接種委託医療機関の管理する開示対象個人情報については、ご本人により開示請求・訂正・削除・利用停止等を求めることが可能です。個人情報保護相談窓口までご相談ください。

6. 注意事項

上記利用目的のうち、同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出ください。また、同意いただいた後でも個別に不同意の表明をすることが可能です。ただし、ご同意をいただけない項目がある場合には、適切な医療サービスの提供に支障が出る場合がございます。

■お問合せ・ご相談は（平日9:00～17:00）

- ・一般社団法人 オリエンタル労働衛生協会 大阪支部 …………… 06-6266-6440
- ・医療法人 厚生会 厚生会クリニック…………… 072-427-1980

申し込みハガキの記入方法

【表面】

加入組合名	⑥大阪府浴場国民健康保険組合		
氏名	フリガナ	① ケンコウ ハナコ 健康 花子	
住所	(〒 5 5 0 - × × × ×) ② 大阪市西区南堀江 × 丁目 × 番 × 号		
連絡先TEL	④ × × (× × × ×) × × × ×		
不在時の連絡先/携帯TEL	⑤ × × × (× × × ×) × × × ×		

【裏面】

⑥生活習慣病共同健診・インフルエンザ予防接種申込書				⑩ 同日希望	
フリガナ	① ケンコウ ハナコ	被保険者証記号	浴 国	② × ×	×
氏 名	健康 花子	番 号	×	×	×
生年月日	③ S・H ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日生	○ ○ 才	男 ・ 女	④	×
	第 1 希 望	第 2 希 望	第 3 希 望		
会場番号	⑤ 1	1	1		
実施月日	1 1 月 5 日	午前 午後 ⑥ 1 2 月 2 2 日	午前 午後	1 月 8 日	午前 午後
⑦	①健診のみ	②健診+予防接種	○	③予防接種のみ	
⑧	骨密度	○	心筋マーカー	○	C型肝炎
	ピロリ菌抗体	○	乳がん(マンモグラフィ)は受診しません	⑨	○

※日程はご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。その場合は、別の会場または日程を共同印刷西日本よりお電話でご案内いたします。

今年度の共同健診より、
一般社団法人オリエンタル労働衛生協会、医療法人厚生会の
2 機関で健康診断を実施させていただきます。

【表面】

- ① 氏名、フリガナをご記入ください。
- ② 住所をご記入ください。
※裏面の申込書において、**別姓の複数人で申し込まれる場合**、個人宅の住所を記載されますと、ご本人以外の方には郵便物が届きません。その際は、**②の送付先の住所を勤務先(事業所)宛て**にしてください、**③の欄に事業所名**を必ずご記入くださいますようお願いいたします。
- ③ 住所が勤務先の場合、事業所名をご記入ください。
- ④ 連絡先の電話番号をご記入ください。
- ⑤ 不在時の連絡先 / 携帯電話番号をご記入ください。
(確実に連絡が取れる番号をお願いいたします)

【裏面】

- ① 氏名、フリガナをご記入ください。
- ② 被保険者証の番号をご記入ください。
- ③ 生年月日、年齢をご記入ください。
- ④ 性別に○印をご記入ください。
- ⑤ 別紙の日程表をご参考に、**会場番号**と**実施月日**を**第3希望まで**ご記入ください。日程はご希望に添えない場合もございます。
- ⑥ 下記の接種時間をご参考に、**ご希望の時間帯(午前・午後)**に○印をご記入ください。
- ⑦ 「健診のみ」「健診+予防接種」「予防接種のみ」のいずれかに必ず○印を記入してください。
- ⑧ オプション検査項目に○印をご記入ください。○印がない場合は希望無しとなりますのでご注意ください。
- ⑨ 乳がん検査・子宮頸がん検査受診**不要**の方は**必ず○印**を付けてください。
- ⑩ 介護、付き添い等の**特別な理由**で同日、同会場を希望される場合は「**同日希望**」とハガキの右上の空き部分にご記入願います。

■4 名様以上でのお申し込みの場合
4名様以上で希望の方はハガキをコピーして封書でご郵送ください。

接種開始時刻		会場番号 01～03	会場番号 11～80 ※男女で開始時刻が異なります。
	午前	8：30～11：00	【男性】9：30～10：00 【女性】10：30～11：00
	午後	13：00～14：30	【男性】13：00～13：30 【女性】14：00～14：30
※会場番号 11～80 は、会場・曜日によって前後いたします。 ※会場番号 01 の木曜日は、女性のみ実施となりますのでご注意願います。 ※詳細な予防接種開始時刻は、ご予約がお取りでき次第、受診のご案内にてお知らせいたします。 ※お時間の指定はできません。			