

インフルエンザ予防接種 利用券

令和5年度 トランスクスモス健康保険組合

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。一人1回目に限り、こちらの利用券を使用することができます。
- ※ 接種する際はこの「利用券」に併せて、必ず接種者全員分の「被保険者証」を提示ください。
また、「利用券」を忘れた場合は、全額立替払いになります。
- ※ 被保険者氏名、接種者氏名等、必要事項をすべて記入してください。記入がない場合は使用できません。
ご記入いただいた個人情報は、インフルエンザ予防接種事業のみに使用し、他の目的には使用いたしません。
- ※ 噴霧型のインフルエンザワクチン「フルミスト」は補助対象外です。

保険者証

被保険者証
記号・番号

(フリガナ)
被保険者
氏名

トランスクスモス健康保険組合で認定されている方のみご利用
いただけます。

※ 接種日において、組合の資格を喪失した方はご利用になれません。

接種日 : 年 月 日
(★記入必須)

1	接種者氏名		3	接種者氏名	
	生年月日	S・H・R	年	月	日(才)
2	接種者氏名		4	接種者氏名	
	生年月日	S・H・R	年	月	日(才)

接種期間：令和5年10月1日(日)～令和6年1月31日(水)

ワクチンの在庫有無については、接種を希望する契約医療機関に事前に確認してください。
接種期間を過ぎてからの接種は補助対象外となりますので、ご注意ください。

**株式会社あまの創健**
名古屋市東区東二丁目20番20号
電話 052-931-5010(代)
(お問い合わせ先) 052-930-8071

切り取ってご利用ください。利用券が不足する場合はコピーしてご利用ください。

インフルエンザ予防接種 利用券

令和5年度 トランスクスモス健康保険組合

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。一人1回目に限り、こちらの利用券を使用することができます。
- ※ 接種する際はこの「利用券」に併せて、必ず接種者全員分の「被保険者証」を提示ください。
また、「利用券」を忘れた場合は、全額立替払いになります。
- ※ 被保険者氏名、接種者氏名等、必要事項をすべて記入してください。記入がない場合は使用できません。
ご記入いただいた個人情報は、インフルエンザ予防接種事業のみに使用し、他の目的には使用いたしません。
- ※ 噴霧型のインフルエンザワクチン「フルミスト」は補助対象外です。

保険者証

被保険者証
記号・番号

(フリガナ)
被保険者
氏名

トランスクスモス健康保険組合で認定されている方のみご利用
いただけます。

※ 接種日において、組合の資格を喪失した方はご利用になれません。

接種日 : 年 月 日
(★記入必須)

1	接種者氏名		3	接種者氏名	
	生年月日	S・H・R	年	月	日(才)
2	接種者氏名		4	接種者氏名	
	生年月日	S・H・R	年	月	日(才)

接種期間：令和5年10月1日(日)～令和6年1月31日(水)

ワクチンの在庫有無については、接種を希望する契約医療機関に事前に確認してください。
接種期間を過ぎてからの接種は補助対象外となりますので、ご注意ください。

**株式会社あまの創健**
名古屋市東区東二丁目20番20号
電話 052-931-5010(代)
(お問い合わせ先) 052-930-8071

切り取ってご利用ください。利用券が不足する場合はコピーしてご利用ください。