インフルエンザ予防接種 利用券

令和7年度 トランスコスモス健康保険組合

※ 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。

※一人1回まで有効 (2回目からは自己負担)

※ 接種する際はこの「利用券」に併せて、必ず**接種者全員分の「マイナ保険証」または「資格確認書**」

を提示ください。また、「利用券」を忘れた場合は、補助が受けられません。

- ※ 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生ワクチン「フルミスト」は補助対象外です。

保険者証 記号·番号			トランスコ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。					
	フリガナ) 保険者 名		接種日:	年		月		B
1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	3	接種者氏名	S·H·R	年	月	日 (才)
2	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	4	接種者氏名	S·H·R	年	月	日 (才)

接種期間:令和7年10月1日(水)~令和8年1月31日(土)

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 株式会社 名古屋市東区 電話 0年の 番20号 電話 0年の 1(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。

------キ---リ---ト---リ---線----

インフルエンザ予防接種 利用券

令和7年度 トランスコスモス健康保険組合

※ 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「マイナ保険証」または「資格確認書」を提示ください**。また、「利用券」を忘れた場合は、補助が受けられません。

※一人1回まで有効 (2回目からは自己負担)

※ 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生ワクチン「フルミスト」は補助対象外です。

	保	<u> </u>	- 1	、ランスコスモス仮 ゝただけます。	建康保険組合で認定	ごされてい	る方の。	みご利用	
	記	号·番号			、組合の資格を喪気	失した方に	はご利用	になれま	せん。
	,	フリガナ) 保 険 者 名		接種日:	年		月		日
	1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才	3	接種者氏名生年月日:	S · H · R	年	 月	日 (才)
2	2	接種者氏名	4	接種者氏名	<i>y</i> 11 10	'	/1	Н	14/
		生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	生年月日 5	S·H·R	年	月	日 (才)

接種期間:令和7年10月1日(水)~令和8年1月31日(土)

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。 #式会社 株式会社 名古屋市東区 電話 0500 01(代) (お問い合わせ先) 052 – 930 – 8071