

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回目に関り、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。
- ※ 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。

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)

保険者証	—
記号・番号	
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

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。

接種日： (★記入必須)	年	月	日
-----------------	---	---	---

1	接種者氏名		3	接種者氏名	
	生 年 月 日	S・H・R 年 月 日 (才)		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)		生 年 月 日	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。

 株式会社あまの創健
名古屋市東区東山下20番20号
電話 052-931-0101(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回目に関り、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。
- ※ 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。

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)

保険者証	—
記号・番号	
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

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。

接種日： (★記入必須)	年	月	日
-----------------	---	---	---

1	接種者氏名		3	接種者氏名	
	生 年 月 日	S・H・R 年 月 日 (才)		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)		生 年 月 日	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。

 株式会社あまの創健
名古屋市東区東山下20番20号
電話 052-931-0101(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。