

インフルエンザ予防接種 利用券

令和6年度 デル健康保険組合

- ※ 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「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。

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)
被保険者および
13歳以上の被扶養者のみ
使用可能

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

デル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、当健保の資格を喪失された方はご利用できません。

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 年 月 日(才)※12歳以下は不可		生年月日 S・H 年 月 日(才)※12歳以下は不可
2	接種者氏名	4	接種者氏名
	生年月日 S・H 年 月 日(才)※12歳以下は不可		生年月日 S・H 年 月 日(才)※12歳以下は不可

接種期間：令和6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)

ワクチンの有無については、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受診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**
名古屋市東区泉二丁目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6年度 デル健康保険組合

- ※ 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「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。

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)
被保険者および
13歳以上の被扶養者のみ
使用可能

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

デル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、当健保の資格を喪失された方はご利用できません。

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 年 月 日(才)※12歳以下は不可		生年月日 S・H 年 月 日(才)※12歳以下は不可
2	接種者氏名	4	接種者氏名
	生年月日 S・H 年 月 日(才)※12歳以下は不可		生年月日 S・H 年 月 日(才)※12歳以下は不可

接種期間：令和6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)

ワクチンの有無については、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受診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**
名古屋市東区泉二丁目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。