

インフルエンザ予防接種 利用券

令和5年度 ENEOSグループ健康保険組合

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。1回目・2回目接種ともに有効です（13才以上は医師の指示がある場合のみ2回目の利用が可能です）。
- ※ 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。
- ※ 「フルミスト」は補助対象外です。この利用券もお使いにはなれません。

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

ENEOSグループ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、当健保組合の資格を喪失された方はご利用できません。

接種日：	年	月	日
------	---	---	---

1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	4	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
2	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	5	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
3	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	6	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種

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。



名古屋市中区東一丁目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5年度 ENEOSグループ健康保険組合

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。1回目・2回目接種ともに有効です（13才以上は医師の指示がある場合のみ2回目の利用が可能です）。
- ※ 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。
- ※ 「フルミスト」は補助対象外です。この利用券もお使いにはなれません。

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

ENEOSグループ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、当健保組合の資格を喪失された方はご利用できません。

接種日：	年	月	日
------	---	---	---

1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	4	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
2	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	5	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
3	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	6	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種

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。



名古屋市中区東一丁目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。