

インフルエンザ予防接種 利用券

令和8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「マイナ保険証」または「資格確認書」をご提示ください。
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りません。

記号・番号	—	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。
(フリガナ) 被保険者 氏 名		接種日： 年 月 日

1	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種	4	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種
	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	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種	5	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種
	生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)			生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	
3	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種	6	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種
	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8年10月1日(木)～令和9年1月31日(日)

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
名古屋市中区東三丁目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8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「マイナ保険証」または「資格確認書」をご提示ください。
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りません。

記号・番号	—	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。
(フリガナ) 被保険者 氏 名		接種日： 年 月 日

1	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種	4	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種
	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	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種	5	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種
	生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)			生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	
3	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種	6	接種者氏名	1 回目 2 回目 ☐ 1 回目他院 で接種
	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8年10月1日(木)～令和9年1月31日(日)

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
名古屋市中区東三丁目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。