# インフルエンザ予防接種　利用券

令和8年度　PwC健康保険組合

**13歳以上限定**

**※一人1回まで有効**
（2回目からは自己負担）

**この利用券を使える人**
・13歳以上の方
・噴霧型「フルミスト」以外の不活化ワクチンを接種する方
・接種日に当組合の加入資格を有する方
・2回接種ではない方
利用券を使えない方は、費用を全額立替えのうえ電子申請をご利用ください。

**接種当日の持ち物**
・記入済みの本券
・**マイナ保険証または資格確認書**

記号・番号　　—

（フリガナ）
被保険者
氏　　名

※ 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　年　月　日（　才） | | 生年月日 | S・H　年　月　日（　才） |
| 2 | 接種者氏名 | | 4 | 接種者氏名 | |
| | 生年月日 | S・H　年　月　日（　才） | | 生年月日 | S・H　年　月　日（　才） |

**接種期間：令和8年10月1日（木）～令和9年2月15日（月）**

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。
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。

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。

キ - - - リ - - - ト - - - リ - - - 線

# インフルエンザ予防接種　利用券

令和8年度　PwC健康保険組合

**13歳以上限定**

**※一人1回まで有効**
（2回目からは自己負担）

**この利用券を使える人**
・13歳以上の方
・噴霧型「フルミスト」以外の不活化ワクチンを接種する方
・接種日に当組合の加入資格を有する方
・2回接種ではない方
利用券を使えない方は、費用を全額立替えのうえ電子申請をご利用ください。

**接種当日の持ち物**
・記入済みの本券
・**マイナ保険証または資格確認書**

記号・番号　　—

（フリガナ）
被保険者
氏　　名

※ 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　年　月　日（　才） | | 生年月日 | S・H　年　月　日（　才） |
| 2 | 接種者氏名 | | 4 | 接種者氏名 | |
| | 生年月日 | S・H　年　月　日（　才） | | 生年月日 | S・H　年　月　日（　才） |

**接種期間：令和8年10月1日（木）～令和9年2月15日（月）**

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。
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。

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。