

インフルエンザ予防接種 利用券

令和5年度 PwC健康保険組合

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

接種当日の持ち物

- ・記入済みの本券
- ・健康保険証

13歳以上限定

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)

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。

被保険者証 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・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5年10月1日(日)～令和6年2月15日(木)

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**
名古屋市東区東七丁目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5年度 PwC健康保険組合

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

接種当日の持ち物

- ・記入済みの本券
- ・健康保険証

13歳以上限定

※一人1回まで有効
(2回目からは自己負担)

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。

被保険者証 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・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5年10月1日(日)～令和6年2月15日(木)

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**
名古屋市東区東七丁目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。