

インフルエンザ予防接種 利用券

令和7年度

JR東海リテイリング・プラス健康保険組合

- ※ 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。
- ※ 噴霧型のインフルエンザ生ワクチン「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	—	JR東海リテイリング・プラス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。
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名		接 種 日 : 年 月 日 (★記入必須)

1	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目	3	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目
	生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種		生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種
2	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目	4	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目
	生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種		生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種

接種期間：令和7年10月1日(水)～令和8年1月31日(土)

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**

名古屋市中区東区 東区 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7年度

JR東海リテイリング・プラス健康保険組合

- ※ 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。
- ※ 噴霧型のインフルエンザ生ワクチン「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	—	JR東海リテイリング・プラス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。
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名		接 種 日 : 年 月 日 (★記入必須)

1	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目	3	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目
	生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種		生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種
2	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目	4	接種者氏名	1 回目 ・ 2 回目
	生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種		生 年 月 日 S・H・R 年 月 日 (才)	☐ 1回目他院 で接種

接種期間：令和7年10月1日(水)～令和8年1月31日(土)

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**

名古屋市中区東区 東区 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。