

インフルエンザ予防接種 補助券

令和7年度 ニコン健康保険組合

補助額：¥2,000

※ 契約医療機関でのみ使用できます。

※ 接種する際はこの「補助券」に併せて、必ず接種者全員分の「被保険者証」または「マイナ保険証」または「資格確認書」を提示ください。また、「補助券」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、接種日等、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。

※ 鼻噴霧型のワクチンの「フルミスト」は、厚労省承認済の第一三共(株)製造のみ補助金対象。
対象年齢は2歳以上19歳未満の方です。

記号・番号	—
(フリガナ) 被保険者 氏名	

ニコン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。

接種日： (★記入必須)	年	月	日
-----------------	---	---	---

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。

この補助券を利用して接種した場合、すでに補助済となりますので健保に申請しても無効となります。

 株式会社あまの創健
名古屋市東区泉7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。補助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 補助券

令和7年度 ニコン健康保険組合

補助額：¥2,000

※ 契約医療機関でのみ使用できます。

※ 接種する際はこの「補助券」に併せて、必ず接種者全員分の「被保険者証」または「マイナ保険証」または「資格確認書」を提示ください。また、「補助券」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、接種日等、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。

※ 鼻噴霧型のワクチンの「フルミスト」は、厚労省承認済の第一三共(株)製造のみ補助金対象。
対象年齢は2歳以上19歳未満の方です。

記号・番号	—
(フリガナ) 被保険者 氏名	

ニコン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。

接種日： (★記入必須)	年	月	日
-----------------	---	---	---

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。

この補助券を利用して接種した場合、すでに補助済となりますので健保に申請しても無効となります。

 株式会社あまの創健
名古屋市東区泉7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。補助券が不足する場合はコピーしてご利用ください。