

インフルエンザ予防接種 利用券

令和8年度 コスモエネルギー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。

※ 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2歳以上18歳以下・1回まで補助対象となります。（一般ワクチンと併用は不可です）

※一人1回まで有効
(12才以下は2回まで有効)

記号・番号	—
(フリガナ)	
被保険者氏名	

コスモエネルギー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、当健保の資格を喪失された方はご利用できません。

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 ☐ フルミスト	3	接種者氏名	1回目 2回目 ☐ 1回目他院で接種 ☐ フルミスト
	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 ☐ フルミスト	4	接種者氏名	1回目 2回目 ☐ 1回目他院で接種 ☐ フルミスト
	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。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 コスモエネルギー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。

※ 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2歳以上18歳以下・1回まで補助対象となります。（一般ワクチンと併用は不可です）

※一人1回まで有効
(12才以下は2回まで有効)

記号・番号	—
(フリガナ)	
被保険者氏名	

コスモエネルギー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、当健保の資格を喪失された方はご利用できません。

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 ☐ フルミスト	3	接種者氏名	1回目 2回目 ☐ 1回目他院で接種 ☐ フルミスト
	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 ☐ フルミスト	4	接種者氏名	1回目 2回目 ☐ 1回目他院で接種 ☐ フルミスト
	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。利用券が不足する場合はコピーしてご利用ください。