

インフルエンザ予防接種 利用券

令和7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。

※一人1回まで有効
(12才以下は2回まで有効)

記号・番号	—	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。
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名		接 種 日 : 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。

 株式会社あまの創健
名古屋市東区泉1丁目20番20号
電話 052-931-9101(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 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。

※一人1回まで有効
(12才以下は2回まで有効)

記号・番号	—	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。
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名		接 種 日 : 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。

 株式会社あまの創健
名古屋市東区泉1丁目20番20号
電話 052-931-9101(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。