

インフルエンザ予防接種 補助券 ¥2,000

令和3年度 東京電力健康保険組合

※ 1人2回接種可

※ コピー可

〔注意事項〕

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。接種する医療機関に「被保険者証」を提示のうえ、この「補助券」を提出してください。「補助券」を忘れた場合は、**全額自己負担**になりますのでご注意ください。
- ※ **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。
- ※ 接種日において、健保資格を喪失された方は接種できませんのでご注意ください。
- ※ 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。この補助券もお使いにはなれません。

被保険者証
記号・番号

—

被保険者
氏名

(フリガナ)

※ 被保険者証を確認のうえ記入してください。(お間違いの無いようお願いいたします。)

東京電力健康保険組合で認定されている被保険者および被扶養者の方

1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /	4	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /
2	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /	5	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /
3	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /	6	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /

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。

利用期限 令和4年1月31日(月)

※利用期限を過ぎてからの受診は補助対象外となりますので医療機関での受付は不可となります。

 **株式会社あまの創健**

名古屋市東区東山下20番20号
電話 052-931-0101(代)

(お問い合わせ先)052-930-8071

-----キ---リ---ト---リ---線-----

インフルエンザ予防接種 補助券 ¥2,000

令和3年度 東京電力健康保険組合

※ 1人2回接種可

※ コピー可

〔注意事項〕

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。接種する医療機関に「被保険者証」を提示のうえ、この「補助券」を提出してください。「補助券」を忘れた場合は、**全額自己負担**になりますのでご注意ください。
- ※ **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。
- ※ 接種日において、健保資格を喪失された方は接種できませんのでご注意ください。
- ※ 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。この補助券もお使いにはなれません。

被保険者証
記号・番号

—

被保険者
氏名

(フリガナ)

※ 被保険者証を確認のうえ記入してください。(お間違いの無いようお願いいたします。)

東京電力健康保険組合で認定されている被保険者および被扶養者の方

1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /	4	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /
2	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /	5	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /
3	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /	6	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日(才)	接種日 /

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。

利用期限 令和4年1月31日(月)

※利用期限を過ぎてからの受診は補助対象外となりますので医療機関での受付は不可となります。

 **株式会社あまの創健**

名古屋市東区東山下20番20号
電話 052-931-0101(代)

(お問い合わせ先)052-930-8071