

インフルエンザ予防接種 利用券

令和3年度 PwC健康保険組合

- ※ 1回接種のみ有効
- ※ コピー使用可

〔注意事項〕

- ※ 指定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「利用券」を提出してください。「利用券」を忘れた場合は、**全額立替払い**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。記載された個人情報、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。
- ※ この利用券による接種回数は一人1回までです。**2回接種の子どもは利用できません。**
- ※ 接種日において、健保の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。この利用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。(06139513 は健保組合の番号です。お間違いの無いようお願いいたします。)

PwC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、接種を希望する指定医療機関に事前に確認してください。

 株式会社あまの創健

名古屋市中区東一丁目20番20号
電話 052-931-0101(代)

(お問い合わせ先)052-930-8071

接種期間：令和3年10月1日(金)～令和4年2月15日(火)

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3年度 PwC健康保険組合

- ※ 1回接種のみ有効
- ※ コピー使用可

〔注意事項〕

- ※ 指定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「利用券」を提出してください。「利用券」を忘れた場合は、**全額立替払い**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。記載された個人情報、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。
- ※ この利用券による接種回数は一人1回までです。**2回接種の子どもは利用できません。**
- ※ 接種日において、健保の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。この利用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。(06139513 は健保組合の番号です。お間違いの無いようお願いいたします。)

PwC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、接種を希望する指定医療機関に事前に確認してください。

 株式会社あまの創健

名古屋市中区東一丁目20番20号
電話 052-931-0101(代)

(お問い合わせ先)052-930-8071

接種期間：令和3年10月1日(金)～令和4年2月15日(火)

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。