

インフルエンザ予防接種 補助券

令和6年度 JERA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」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
(2回目からは全額自己負担となります)

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

JERA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		3	接種者氏名	
	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		4	接種者氏名	
	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6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)

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
名古屋市東区東山下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。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6年度 JERA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」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
(2回目からは全額自己負担となります)

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	

JERA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		3	接種者氏名	
	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		4	接種者氏名	
	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6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)

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
名古屋市東区東山下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。補助券が不足する場合はコピーしてご利用ください。