インフルエンザ予防接種　補助券

令和6年度　ダイワボウ健康保険組合

補助額：￥1,500

※一人1回まで有効
(2回目からは全額自己負担)

※ 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「被保険者証等」を提示ください。**
また、「補助券」を忘れた場合は、全額自己負担になります。
※ 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。

被保険者 記号・番号	―
(フリガナ) 被保険者 氏　　名	

ダイワボウ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
名古屋市東区泉二丁目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。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　ダイワボウ健康保険組合

補助額：￥1,500

※一人1回まで有効
(2回目からは全額自己負担)

※ 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「被保険者証等」を提示ください。**
また、「補助券」を忘れた場合は、全額自己負担になります。
※ 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。

被保険者 記号・番号	―
(フリガナ) 被保険者 氏　　名	

ダイワボウ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
名古屋市東区泉二丁目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。補助券が不足する場合はコピーしてご利用ください。