

インフルエンザ予防接種 補助券

令和7年度 ダイワボウ健康保険組合

※ 契約医療機関でのみ使用できます。

※ 接種する際はこの「補助券」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。10月1日～12月1日に接種する場合は、「被保険者証」でもご提示可能です。

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。

※ 噴霧型のインフルエンザ生ワクチン「フルミスト」は補助対象です。補助額を差し引いた額をお支払いください。

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)

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
名古屋市東区東山2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。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7年度 ダイワボウ健康保険組合

※ 契約医療機関でのみ使用できます。

※ 接種する際はこの「補助券」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。10月1日～12月1日に接種する場合は、「被保険者証」でもご提示可能です。

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。

※ 噴霧型のインフルエンザ生ワクチン「フルミスト」は補助対象です。補助額を差し引いた額をお支払いください。

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)

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
名古屋市東区東山2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。補助券が不足する場合はコピーしてご利用ください。