

インフルエンザ予防接種 補助券

令和6年度 奈良県市町村職員共済組合

補助額：¥1,000

- ※ 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「組合員証」を提示ください。
また、補助券を忘れた場合は、全額自己負担となります。
- ※ 組合員氏名、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)

組合員証 組合員証 記号・番号	(フリガナ) 組合員 氏名	接種日： 年 月 日
-----------------------	---------------------	------------

サンプル

接種する契約医療機関名
事前に予約の上、ご記入ください。

奈良県市町村職員共済組合で認定されている、組合員および被扶養者の方のみご利用いただけます。
※ 接種日において、組合員の資格を喪失された方はご利用できません。

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)

契約医療機関の一覧は、本組合公式HP (<https://kyosai-nara.jp/>)

又は右記のQRを読み取ってご確認ください。

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。

接種期間：令和6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)



株式会社あまの創健

名古屋市東区東七丁目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。

キリートリ線

インフルエンザ予防接種 補助券

令和6年度 奈良県市町村職員共済組合

補助額：¥1,000

- ※ 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「組合員証」を提示ください。
また、補助券を忘れた場合は、全額自己負担となります。
- ※ 組合員氏名、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)

組合員証 組合員証 記号・番号	(フリガナ) 組合員 氏名	接種日： 年 月 日
-----------------------	---------------------	------------

サンプル

接種する契約医療機関名
事前に予約の上、ご記入ください。

奈良県市町村職員共済組合で認定されている、組合員および被扶養者の方のみご利用いただけます。
※ 接種日において、組合員の資格を喪失された方はご利用できません。

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)

契約医療機関の一覧は、本組合公式HP (<https://kyosai-nara.jp/>)

又は右記のQRを読み取ってご確認ください。

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。

接種期間：令和6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)



株式会社あまの創健

名古屋市東区東七丁目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。