

098-2252

美深町字西町19番地

美深 太郎 様

<対象のみなさまへ>

- ・ 本事業の対象者は、S37年4月2日～S54年4月1日生まれの男性です。
- ・ 抗体検査及び予防接種を受ける際には3種各3枚のクーポン券(本人・町・検査機関)を使用します。
- ・ 同封のリーフレットをご覧の上、本事業をご利用ください。
- ・ 風しん抗体検査及び予防接種を受けられる医療機関については厚生労働省HPをご参照ください。
「風しん 厚生労働省」で検索

* クーポン券は切らないでそのままご持参ください。

抗体検査	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1
	請求先	北海道美深町	014699	請求先	北海道美深町	014699	請求先	北海道美深町	014699
	発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	発券No	00000*****	有効期限 2025年03月
	(氏名) 美深 太郎			(氏名) 美深 太郎			(氏名) 美深 太郎		
		(国保連提出用)			(医療機関控え)			(ご本人控え)	
	101469900000*****	美深町長 草野孝治		101469900000*****	美深町長 草野孝治		101469900000*****	美深町長 草野孝治	
予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	北海道美深町	014699	請求先	北海道美深町	014699	請求先	北海道美深町	014699
	予診費用	(税抜) 0 円	(自己負担分を除く)	予診費用	(税抜) 0 円	(自己負担分を除く)	予診費用	(税抜) 0 円	(自己負担分を除く)
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	
(氏名) 美深 太郎			(氏名) 美深 太郎			(氏名) 美深 太郎			
		(国保連提出用)			(医療機関控え)			(ご本人控え)	
	201469900000*****00000	美深町長 草野孝治		201469900000*****00000	美深町長 草野孝治		201469900000*****00000	美深町長 草野孝治	
予防接種	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	3
	請求先	北海道美深町	014699	請求先	北海道美深町	014699	請求先	北海道美深町	014699
	接種費用	(税抜) 9,000 円	(自己負担分を除く)	接種費用	(税抜) 9,000 円	(自己負担分を除く)	接種費用	(税抜) 9,000 円	(自己負担分を除く)
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	発券No	00000*****	有効期限 2025年03月	
(氏名) 美深 太郎			(氏名) 美深 太郎			(氏名) 美深 太郎			
		(国保連提出用)			(医療機関控え)			(ご本人控え)	
	301469900000*****09000	美深町長 草野孝治		301469900000*****09000	美深町長 草野孝治		301469900000*****09000	美深町長 草野孝治	

<医療機関様宛>

本クーポン券を使用の際は、ハサミで切り取りご使用下さい。

<問合せ先>

美深町役場保健福祉課保健福祉グループ 保健係 電話01656-2-1685 情報端末機 2-1683