

インフルエンザ予防接種 補助券 ¥2,000

令和3年度 ノーリツ健康保険組合

※ 1回接種のみ有効

※ コピー使用可

〔注意事項〕

- ※ 指定医療機関でのみ使用できます。接種する医療機関に「被保険者証」を提示のうえ、この「補助券」を提出してください。「補助券」を忘れた場合は、**全額立替払い**になりますのでご注意ください。
- ※ 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。
- ※ この補助券による接種回数は一人1回までです。
- ※ 接種日において、健保の資格を喪失された方は接種できませんのでご注意ください。
- ※ 噴霧型のインフルエンザ生ワクチン「フルミスト」は補助対象外です。この補助券もお使いにはなれません。

被保険者証
記号・番号

(フリガナ)
被保険者
氏名

※ 被保険者証を確認のうえ記入してください。

1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	4	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)
2	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	5	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)
3	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	6	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)

ワクチンの有無については、接種を希望する指定医療機関に事前に確認してください。

接種期間：令和3年10月1日(金)～令和3年12月31日(金)

 株式会社あまの創健

名古屋市東区東区丁目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 ¥2,000

令和3年度 ノーリツ健康保険組合

※ 1回接種のみ有効

※ コピー使用可

〔注意事項〕

- ※ 指定医療機関でのみ使用できます。接種する医療機関に「被保険者証」を提示のうえ、この「補助券」を提出してください。「補助券」を忘れた場合は、**全額立替払い**になりますのでご注意ください。
- ※ 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。
- ※ この補助券による接種回数は一人1回までです。
- ※ 接種日において、健保の資格を喪失された方は接種できませんのでご注意ください。
- ※ 噴霧型のインフルエンザ生ワクチン「フルミスト」は補助対象外です。この補助券もお使いにはなれません。

被保険者証
記号・番号

(フリガナ)
被保険者
氏名

※ 被保険者証を確認のうえ記入してください。

1	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	4	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)
2	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	5	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)
3	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	6	接種者氏名 生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)

ワクチンの有無については、接種を希望する指定医療機関に事前に確認してください。

接種期間：令和3年10月1日(金)～令和3年12月31日(金)

 株式会社あまの創健

名古屋市東区東区丁目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。