インフルエンザ予防接種　補助券

令和4年度　ノーリツ健康保険組合

補助額：￥2,000

※一人1回まで有効
（2回目からは自己負担）

※ 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」を提示ください。**
また、「補助券」を忘れた場合は、全額立替払いになります。
※ 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」は補助対象外です。

保険者証　保険者番号：06281448

被保険者証
記号・番号　　—

（フリガナ）
被保険者
氏　　名

ノーリツ健康保険組合で認定されている、被保険者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）

接種期間：令和4年10月1日（土）～令和4年12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4年度　ノーリツ健康保険組合

補助額：￥2,000

※一人1回まで有効
（2回目からは自己負担）

※ 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」を提示ください。**
また、「補助券」を忘れた場合は、全額立替払いになります。
※ 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」は補助対象外です。

保険者証　保険者番号：06281448

被保険者証
記号・番号　　—

（フリガナ）
被保険者
氏　　名

ノーリツ健康保険組合で認定されている、被保険者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）

接種期間：令和4年10月1日（土）～令和4年12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。