インフルエンザ予防接種　補助券

令和5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回目からは全額自己負担)

※ 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。

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5年10月1日(日)～令和5年12月31日(日)

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5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回目からは全額自己負担)

※ 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。

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5年10月1日(日)～令和5年12月31日(日)

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。