

インフルエンザ予防接種 利用券

令和5年度 レイズネクスト健康保険組合

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。
- ※ 接種する際はこの「利用券」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、「利用券」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。

※一人1回まで有効
(12才以下は2回まで有効)

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	


レイズネクスト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	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	3	接種者氏名	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
	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	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	4	接種者氏名	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
	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6年1月31日(水)

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。利用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 利用券

令和5年度 レイズネクスト健康保険組合

- ※ 契約医療機関でのみ使用できます。
- ※ 接種する際はこの「利用券」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、「利用券」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。

※一人1回まで有効
(12才以下は2回まで有効)

被保険者証 記号・番号	—
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名	


レイズネクスト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	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	3	接種者氏名	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
	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	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種	4	接種者氏名	1回目 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
	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6年1月31日(水)

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。利用券が不足する場合はコピーしてご利用ください。