

インフルエンザ予防接種 利用券

令和4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)

保険者証	保険者番号：06142293	(フリガナ)
被保険者証 記号・番号	—	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、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	1回目 2回目	3	接種者氏名	1回目 2回目
	生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種		生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
2	接種者氏名	1回目 2回目	4	接種者氏名	1回目 2回目
	生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種		生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種

接種期間：令和4年10月1日(土)～令和5年1月31日(火)

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。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4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)

保険者証	保険者番号：06142293	(フリガナ)
被保険者証 記号・番号	—	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、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	1回目 2回目	3	接種者氏名	1回目 2回目
	生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種		生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種
2	接種者氏名	1回目 2回目	4	接種者氏名	1回目 2回目
	生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種		生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 1回目他院 で接種

接種期間：令和4年10月1日(土)～令和5年1月31日(火)

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。利用券が不足する場合はコピーしてご利用ください。