

組合使用欄

|      |    |      |    |    |        |   |   |
|------|----|------|----|----|--------|---|---|
| 常務理事 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | ピロリ菌検査 | 名 | 円 |
|      |    |      |    |    | 疾病予防費  |   | 円 |

令和6年度(接種期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日)

ピロリ菌検査補助金支給申請書

|   |
|---|
| 年 月 日   |
| 観光産業健康保険組合理事長 殿<br>ピロリ菌検査を実施いたしましたので補助金の支給を申請します。<br>なお、事業所口座への振込は受診者の了承を得ています。 |
| 事業所(保険証記号) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>       |
| 事業所所在地  |
| 事業所名  |
| 代表者名 <span style="float: right;">印</span>                                       |
| TEL ( ) FAX ( )   |
| 事務担当者名 TEL ( )  |

|         |                    |      |      |             |
|---------|--------------------|------|------|-------------|
| 振込先     | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 支店   | 預金種別 | 1. 普通・2. 当座 |
| 金融機関コード | 支店コード              | 口座番号 |      |             |
| フリガナ    |                    |      |      |             |
| 口座名義    |                    |      |      |             |

\* 太線の中をご記入ください。

\* 事業所情報欄、振込先金融機関欄に記載事項に変更がない場合は、代表印を省略できます。

【申請に必要な書類】

1. ピロリ菌検査 様式1
2. ピロリ菌検査 様式1-1
3. 領収書(写し)

※のり・ステープラーは使用しないでください。申請書類をまとめる際はクリップをご使用ください。

【提出期限】

事業所の健康管理委員および事務担当者の方が取りまとめのうえ、接種した月の翌月15日(当健保必着)までに提出してください。

※最終締切日は令和7年4月15日(当組合必着)まで。(締切を過ぎますとお支払ができません)

【提出先】

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1-4-2 神田TNKビル4階  
観光産業健康保険組合 総務課 保健事業係(03-6260-5722)宛

【その他】

振込先は個人の口座ではなく、必ず事業所口座をご記入してください。