

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明細書

事業所 (保険証記号)				事業所名			
受診日	保険証 番号	受診者氏名		続柄	年齢	窓口支払額	支給額 (組合記入欄)
年 月 日				本人 家族		円	円
年 月 日				本人 家族		円	円
年 月 日				本人 家族		円	円
年 月 日				本人 家族		円	円
年 月 日				本人 家族		円	円

----- 注意事項 -----

- ① 補助の対象者は、検査時に被保険者及び被扶養者であること。
- ② 年度にかかわらず、1人1回限りの補助とします。
また、保険診療にて検査を行った場合は補助の対象外となります。
- ③ 1人3,000円を補助限度額とし、検査費用が補助限度額に満たない場合は実費の補助とします。
- ④ 補助金申請は、必ず領収書（写し）を添付し、事業所の担当者の方が取りまとめのうえ、検査した月の翌月15日（当健保必着）までに提出してください。
※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。
※最終締切日は令和7年4月15日（当健保必着）まで。（締切を過ぎますとお支払ができません）
- ⑤ 領収書は、受診者氏名・検査年月日・医療機関又は健診機関名・領収印・検査費用・ピロリ菌検査費用と明記されているものを添付してください。

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。