

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(検査期間 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(任意継続者用)

観光産業健康保険組合				年	月	日
ピロリ菌を実施いたしましたので補助金の支給を申請します。						
保険証 記号—番号	20—	氏名	Ⓜ			
住所	〒					
TEL (自宅)			TEL (携帯)			

振込先	銀行 信用金庫 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。

接種日	保険証 番号	接種を受けた人の氏名	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

【申請に必要な書類】

①ピロリ菌検査 様式2 ②領収書(写し)

※領収書は検査を受けた方の氏名・検査年月日・医療機関名・検査費用・ピロリ菌検査と明記されたもの。

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

【提出期限】

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】

①振込先は、任意継続被保険者(本人)の口座をご記入してください。

②検査時に被保険者および被扶養者である方が補助の対象です。

③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**です。

④3,000円を補助限度額とし、補助限度額を超えた費用については本人負担とします。