

組合使用欄

事務長	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7年度 (検査期間 令和7年4月1日～令和8年3月31日)

ピロリ菌検査補助金支給申請書

観光産業健康保険組合 理事長 殿 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。 なお、事業所口座への振込は受診者の了承を得ています。							年	月	日
事業所記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
事業所所在地									
事業所名									
代表者名									
事務担当者名	(担当者直通) TEL			()					

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/>	口座番号	<input type="text"/>				
フリガナ	<input type="text"/>										
口座名義	<input type="text"/>										

* 太線の中をご記入ください。

* ピロリ菌検査事業の振込先として登録できる口座は、事業所記号1件につき1つです。

【申請に必要な書類】

- ピロリ菌検査 様式1 (事業所記入用)
- 領収書の写し (A4用紙にコピー)

【提出期限】

事業所担当者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。

※最終締切日は令和8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、必ず事業所口座を記入してください。

令和7年度(検査期間 令和7年4月1日~令和8年3月31日)

ピロリ菌検査補助金支給明細書

事業所 (健康保険記号)		事業所名				
接種日	健康保険 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)
			本人 家族		円	円
			本人 家族		円	円
			本人 家族		円	円
			本人 家族		円	円
			本人 家族		円	円

(健康保険の記号番号は、保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書のほか、マイナポータルでも確認できます。)

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 令和7年4月1日から令和8年3月31日までに検査した費用に対し、補助金を支給します。
- ③ **1人3,000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。
- ④ **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。
- ⑤ 補助金申請の際は、必ず領収書の写し(A4用紙にコピー)を添付し、事業所担当者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。

【領収書必須記載事項】

受診者氏名・検査年月日・医療機関名または健診機関名・検査費用・領収印(領収印は省略と記載がある場合は省略可)・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。

領収書だけでは必須記載事項が満たされない場合は医療機関に追記を依頼するか、明細書や検査結果等の補完できる書類を、領収書と併せて提出してください。