

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(任意継続者用)

観光産業健康保険組合 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。				年	月	日
健康保険 記号一番号	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	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

(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。)

【申請に必要な書類】

①ピロリ菌検査 様式2 (本用紙) ②領収書の写し (A4用紙にコピー)

※受診者氏名・検査年月日・医療機関名・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た領収書を提出してください。

【提出期限】

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1-44-2 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】

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となります。

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。