

画面書込み・手書き兼用

※ピロリ菌の除菌費用が自費精算となった方のみ申請できます。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	記号 123	番号 4567	被保険者 事業所・部署名	協和キリン(株) 本社 GPS部 管理課				
	受診者氏名	健保 花子		生年月日	西暦 1960 年 4 月 1 日				
	受診者カナ氏名	ケンボ ハナコ		続柄	妻	性別	女	年齢	56 歳
	受診者住所	〒 105 - 6532 東京都府中市上8-60-1							
記 入 欄	検査 医療機関名	ABC総合クリニック							
	受診日	西暦 2017 年 7 月 10 日		検査に要した 費用の額	金	8,000		円也	

ピロリ菌除菌 補助金申請書

領 収 書 貼 付 欄	添付書類 ・「領収書(原本)」			
	注意事項 ※健保組合の保健事業制度を利用してピロリ菌の抗体検査(血液検査)が陽性となった方で、 除菌の費用が自費の場合のみ対象となります。 ※除菌にかかった費用の1回分のみ、健保組合が補助をします。 ※保険証を使用しての受診、文書代については補助対象外となります。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; background-color: #f0f0f0;"><h1>領収書原本</h1><p>(領収書が大きい場合は申請書裏面に貼付ください。)</p></div>				
個人情報の取扱いについて ・補助申請時にご記入いただいた情報は、業務に必要な範囲で利用します。 ・原則として、毎月25日までに受付けた補助申請書について、翌月給与で給付金が支給されます。				
上記個人情報の取扱いについて同意のうえ、申請します。 (受診者自署) <u>健保 花子</u>				
在籍者のみ記入	西暦 2017 年 8 月 18 日 (委任状) 私はこの補助金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名 <u>健保 太郎</u> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>			
退職予定者のみ記入	※退職予定の方は、下記にご記入ください。			
振込口座	銀行	支店	(普)	名義 (姓)

(健保組合使用欄) 検認  入力  備考: