

**ピロリ菌除菌治療費等補助申請書**

首記の件、本申請書裏面に領収書確認項目が記載された領収書並びに完治証明(完治検査報告書)を添付いたしましたので、下欄記載のとおりピロリ菌除菌治療費補助申請をいたします。  
 なお、補助金の受領については所属会社(事業主)に委任いたします。

被保険者等 記号		番号・枝番	.	氏名	
事業所		所属		連絡先	内線不可

補助申請者・枝番	(元号) 生 年 月 日 (年齢)	領収書額(合計)	支給決定額 (健保組合記入欄)
.	年 月 日( 歳)	円	円
.	年 月 日( 歳)	円	円
.	年 月 日( 歳)	円	円
.	年 月 日( 歳)	円	円

<b>【注意事項】</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>上欄の太枠内に必要事項を漏れなくご記入のうえ、領収書(原本)及び完治証明(完治検査報告書)を裏面へのり付またはホッチキス止めしてください。領収書確認項目「検査日、治療日、受診者名記載」「検査項目明記」「医療機関名称及び受領印が押印されている領収書」</li> <li>領収書の内容にピロリ菌以外の傷病内容が含まれている場合もありますので、診療報酬明細書(レセプト)を確認したうえで支給決定いたしますので、領収書金額と支給決定額とに差異が発生する場合があります。</li> <li>原則的にレシートは不可としておりますが、1. に記載の領収書確認項目が網羅されていれば可とします。</li> <li>海外で受診された方は、各添付書類の翻訳文を添付してください。健保組合受付日の換算レートで支給決定いたしますのでご承知置きください。</li> </ol>

事業主確認印	受付日付印	健保担当印	備 考 欄