

同年月日	令和	年	月	日	支給額	0	0	0
資格	取得	年	月	日				
	喪失	年	月	日				

常務理事	事務長	担当者

## ピロリ菌検査費用補助金申請書

静岡県自動車整備健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり、ピロリ菌検査費用補助金を申請します。

健康保険 被保険者証の	記号	番号	事業所名	
被保険者氏名	被保険者住所		〒 電話	
検査した医療機関	名称	所在地	〒	
検査した日	令和	年	月	日
窓口負担額	円			

事業主の証明欄	上記のとおり、ピロリ菌検査を行ったことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名
---------	---

受領委任の欄	(注)この欄は、この給付金の受け取りを被保険者以外の者に委任するときだけ記入して下さい。
	本請求に基づく給付金の受領を 住所 氏名 被保険者氏名(委任者)
	に委任します。

受付日付印

振込依頼欄	振込希望 金融機関名	銀行 信用金庫	本店 支店
	預金の種別	普通・当座	
	口座番号		
	預金の名義人の氏名	フリガナ	

- この申請書はピロリ菌検査終了後に提出して下さい。
- この申請書にはピロリ菌検査費用が明記された医療機関または健診機関の領収書(写しでも可)を添付して下さい。  
(※ 受診者名、検査年月日、医療機関・健診機関名、領収印、ピロリ菌検査費用と明記されているもの。)
- 検査費用のみの補助となります、ピロリ菌除菌治療費については対象外となります。