

保険診療の場合は、補助の対象外ですので  
補助金申請は出来ません。

伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給決定決議書		

受付日付印

## ピロリ菌検査・ピロリ菌除菌 補助金支給申請書

\*請求される項目のいずれかを○で囲んでください。

被保険者証 の記号・番号	・	被保険者氏名						
受診対象者 氏名	氏名		生年 月日	年	月	日	続柄	
ピロリ菌検査を 受けた医療機関 の名称・連絡先	名称		ピロリ菌 検査に要 した費用	金		円		
	電話	(   ) -						
除菌治療を受け た医療機関の名 称・連絡先	名称		除菌治療 に要した 費用	金		円		
	電話	(   ) -						
振込希望の銀行 又は郵便局名	金融 機関名	銀行	本店	種別	1. 普通			
		郵便局	支店 出張所		2. 当座			
*被保険者 名義の口座	口座 番号	フリガナ	-----					
		口座名義	-----					

マリアグループ外で実施された方専用

【補助上限額】 実費相当額を補助。

【添付書類】

- ①領収証のコピー（明細が分かるもの）
  - ②通帳のコピー（口座番号・名義が確認できるページ）
- \* 上記書類を添付のうえ、健康保険組合宛てご郵送ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者住所 〒

被保険者氏名

印

雪の聖母会健康保険組合理事長 殿