

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	健保 太郎			
受診対象者氏名	氏名	健保 一郎	生年月日	昭和20年12月1日	続柄	父
ピロリ菌検査を受けた医療機関の名称・連絡先	名称	○○病院	ピロリ菌検査に要した費用	金 ○○○○ 円		
	電話	(0942) ○○-○○○○				
除菌治療を受けた医療機関の名称・連絡先	名称	○○病院	除菌治療に要した費用	金 ○○○○ 円		
	電話	(0942) ○○-○○○○		*確定診断終了後にまとめて請求してください。		
振込希望の銀行又は郵便局名	金融機関名	○○ <u>銀行</u> 郵便局	○○	本店支店出張所	種別	1. <u>普通</u> 2. 当座
	*被保険者名義の口座	口座番号	フリガナ	ケンボ タロウ		
		口座名義	健保 太郎			

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 〒830-00\*\*  
久留米市○○町○○-○○○

被保険者氏名 健保 太郎



雪の聖母会健康保険組合理事長 殿