

2024年度ピロリ菌除菌費用補助申請書

枠内を全てご記入ください。

※提出前チェックシートでチェックをしてから提出してください

フリガナ			生年月日(西暦)		保険証記号-番号		
受診者 氏名			年 月 日		—		
住所	〒						
日中 ご連絡先	電話番号(携帯可)			メールアドレス(携帯可)			
補助金の 振込先口座 ※任意継続の 方のみ	銀行名		支店名		口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
		銀行		支店	普通 当座		

●提出前チェックシート

提出前に必ずチェックしてください。

	チェック内容	本人チェック欄
1	領収書はすべて原本ですか	
2	領収書及び領収明細書・薬の説明書の宛名は受診者本人の氏名ですか	
3	病院・クリニックの領収書及び明細書を添付していますか	
4	院内処方の場合は領収書と薬の説明書(コピー)を添付していますか	

<健保記入欄>

支給決定額	円
受付印	

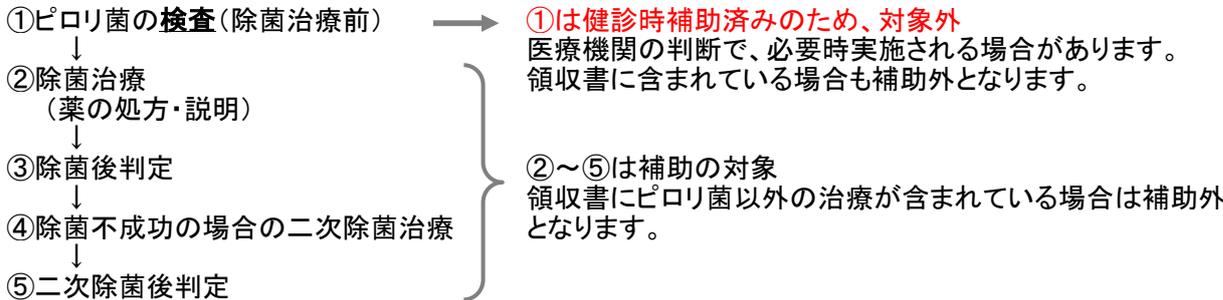
領収書・領収明細書添付位置
(ホチキス留めまたはクリップ留めしてください)

2024年度ピロリ菌除菌費用補助申請書についての留意事項

1. ピロリ菌除菌費用補助申請の条件

- 1) 補助申請対象者: 在籍中の被保険者・任意継続被保険者・被扶養配偶者の
ピロリ菌検査で陽性となった方

《ピロリ菌除菌診察の流れ》



● 注意事項

- ・ 病院・クリニックにて発行された領収書(原本)と明細書を必ずご提出ください。
- ・ 院外処方の場合は、調剤薬局の領収書(原本)と薬の説明書(コピー)を添付してください。
- ・ 領収書が複数に分かれる場合は、1度にまとめて申請してください。領収書の添付漏れによる再申請は受けられません。
- ・ 領収書と明細書にてピロリ菌除菌治療分と確認できない場合は、レセプトにて確認させていただきます。レセプトでの確認は治療日から2~3か月かかるため、補助金のお支払いが遅くなる場合があります。ご了承ください。
- ・ 2023年4月以後に発行された領収書が補助対象です。
- ・ ピロリ菌除菌治療費用と除菌薬費用が対象です。
- ・ 医療機関で除菌治療を行う際、再度別の方法によるピロリ菌検査を実施する場合がありますが、**その場合の検査費用は個人負担となります。** 予めご了承ください。
- ・ オンライン診療のシステム利用料は補助対象外です。

- 2) 補助金: 8,000円を限度とした実費

2. 申請手続

1) 申請に必要な書類

- ①ピロリ菌除菌費用補助申請書……表面に必要事項を記載して下さい。
- ②領収書原本および明細書(※)……表面にある所定の位置に添付して下さい。
- ③調剤薬局の領収書(原本)と薬の説明書(コピー)……表面にある所定の位置に添付して下さい。
※除菌治療開始から完了(2次治療がある方は2次まで)の領収書をまとめて申請(申請は1回のみ)

2) 申請期限

2024年4月1日～2025年3月31日(健保必着)

3) 申請書類の送付先

〒140-8665
東京都品川区南品川6-11-6
リコー三愛グループ健康保険組合 ピロリ菌除菌費用補助担当 宛

3. 支払方法

在籍中の被保険者・被扶養配偶者: 毎月末締め→翌月以降に会社を通して被保険者の給与等にて支給します
任意継続の被保険者・被扶養配偶者: 翌月15日にご指定の口座へお振込み(土日祝日の場合は前営業日)