

2025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。

<健保記入欄>

	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	

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)

2025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・被扶養配偶者の中で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》

①ピロリ菌の検査(除菌治療前)

②除菌治療

(薬の処方・説明)

③除菌後判定

④除菌不成功の場合の二次除菌治療

⑤二次除菌後判定

→ ①は健診時補助済みのため、対象外

医療機関の判断で、必要時実施される場合があります。
領収書に含まれている場合も補助外となります。

②～⑤は補助の対象

領収書にピロリ菌以外の治療が含まれている場合は補助外となります。

● 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。
- ・ 2024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(胃カメラ・呼気・便検査等)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・明細書をまとめて申請（申請は1回のみ）

2) 申請期限

2025年4月1日～2026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(土日祝日は前営業日)