

(様式 1)

常務理事	事務長	室長	課長	課長補佐	係長	係
/						

### 「ピロリ菌検査補助金」請求書

ピロリ菌検査を受診したので、次のとおり証拠書を添えて補助金を請求します。

令和 年 月 日

東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿

事業所名

被保険者名

㊞

記号-番号	受診者名	生年月日 (歳)	続柄	性別
—	フリガナ	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	被保険者 ・ 被扶養者	男 ・ 女
自宅住所			電話番号	
[〒 — ]			( )	
医療機関名	検査年月日		検査料金	
	平成 令和	年 月 日	円	
支給決定額			円	

委任状	私は事業主を代理人と定め、補助金の受領方を委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者	住所	氏名	㊞
	代理人 (事業主)	住所	事業所名	
		氏名	㊞	

- ※ 自費検査として受診した場合に領収書添付の上、事業主の委任を受けた後、ご請求ください。
- ※ 保険診療にて受診した場合は、対象外となります。
- ※ 当組合指定の直接契約医療機関、又は人間ドックにてオプション検査或いは自費検査として受診した場合のみ、補助金請求ができます。

.....