

ピロリ菌除菌治療費等補助について

- 補助対象者 **当健保加入者全員(被保険者及び被扶養者)**
 - 実施内容 (1)ピロリ菌の有無を確認する為、郵送検診を導入します。
申込書は4月末配布の健保ニュースに折込。自己負担500円とする。
(2)ピロリ菌有所見者で除菌治療を実施した方は、胃内視鏡検査・除菌治療費(抗生物質の投薬約1週間)・その後の検査にかかった費用全額を補助する。
 - 治療費補助条件 除菌治療が完治した方が対象。(未完治の方は対象外)
完治を明確にする為、医師からの**完治証明**の提出が必要。
(完治証明は検査報告書でも可)
但し、**完治証明にかかる費用**は自己負担とする。
 - 申請方法 (1)ご希望の医療機関で各検査後、領収書を受取る。
(注)領収書記載必須項目
 - ・検査日・治療日・受診者氏名を明確に記載する。
 - ・それぞれの検査項目を明記する
(例)但し、胃内視鏡検査代として等
 - ・医療機関の受領印を必ず押してもらう※領収書はまとめて1枚でも可とする。レシートは原則不可だが、上記項目を網羅していれば可とする。
(2)ピロリ菌除菌治療費用補助等申請書に必要事項を記入し、領収書(原本)と医療機関発行の**完治証明**を添付し所属事業所の**健保担当窓口**に提出する。(領収書なきものは無効です)
- ※領収書および完治証明は申請書裏面に“のり付け”もしくは“ホッチキス止め”し、提出願います。【セロテープ、クリップ止めは不可。】**
- 補助金支払 毎月23日を締切とし、事業主経由で翌月給与日に支給致します。尚、支給決定通知は行いません。
 - その他 ピロリ菌郵送検診以外(人間ドッグ等個人で受診された場合)で、有所見が確認された方も対象とする。

ピロリ菌除菌治療費等補助申請書

下記太枠内に必要事項を記入し、必要書類を裏面にのり付けもしくはホッチキス止めし、所属事業所の健保担当窓口へご提出ください。

**※領収書及び完治証明は裏面に“のり付け”
もしくは“ホッチキス止め”し、提出願います。
【セロテープ、クリップ止めは不可。】**

請求額の受領は事業主に委任します。

保険証記号		保険証番号		被保険者氏名(社員)	
連絡先(所属)				連絡先(内線又は電話番号)	

補助申請者	生年月日 (年齢)	領収書額(合計)	支給決定額 (健保組合記入欄)
	年 月 (歳)	円	円
	年 月 (歳)	円	円
	年 月 (歳)	円	円
	年 月 (歳)	円	円

事業主確認印	健保担当印	健保受付印	備考欄

[注意事項]

- 1 申請書に必要事項を漏れなく記入のうえ、領収書(原本)および完治証明を添付(裏面へのり付け)してください。
* 領収書はすべてつけてください(内視鏡検査費・除菌治療費・除菌治療後検査費。尚、領収書の内容にピロリ菌以外の傷病内容など含まれている場合もございますので、診療報酬明細書(レセプト)を確認したうえで支給決定いたします。その際、支給金額に、領収金額と差が出る場合もございますのでご了承ください。
- 2 領収書には、受診者氏名(フルネーム)・検査日・各検査の名称がわかる内容を明確に記載し、医療機関の受領印をもらってください。レシートは原則不可とするが、前記内容が網羅されていれば可とする。
- 3 海外で受診された方は、明細書の翻訳文を添付してください。尚、健保受付日レートで計算いたしますのでご承知置きください。