

◎健康保険（治療等）にて実施した場合は組合補助金の対象外になります。



組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					

(様式第1号)

申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長殿

事業所記号(4桁)

〒 (-)

[実施者区分]

所在地

本人 家族

事業所名

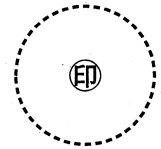
↑ 該当する方に○をしてください。

事業主名

※本人・家族はまとめて申請できません。

ご担当者名

ご連絡先



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかとご確認ください。

令和4年度 ツベルクリン反応検査補助金交付申請書(事業所用)

ツベルクリン反応検査を下記のとおり実施いたしましたので、補助金の交付を申請します。

実施年月	令和 年 月分	実施者数	人
------	---------	------	---

別添報告書のとおり実施したことを証明いたします。 令和 年 月 日

所在地

実施医療機関名

代表者名

※実施医療機関名は、病院名・クリニック名までご記入ください。

(ご担当者名：)

(ご連絡先：)

費用 振込銀行	銀行情報	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預種	金別	普通・当座
	フリガナ	銀行コード	店番	口座番	座号	
	口座名義					

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

※ 補助金明細表をご記入の上、注意事項をお読みください。

補助金明細表

※検査毎に、検査費用が補助金限度額を上回った場合は自己負担が発生し、下回った場合は実際にかかった費用のみのお支払いとなります。

事業所記号(4桁)	
-----------	--

	補助金限度額	実施者数	金額	組合記入欄
ツベルクリン反応検査	780円	人	円	

～ 注 意 事 項 ～

1. 補助金の申請は年度につき1人1回、被保険者及び今年度18歳以上の被扶養者の方が対象です。
2. 実施した月の翌月末までに事業所毎でとりまとめて提出してください。
令和4年度の申請の提出最終締め切りは、令和5年4月7日組合必着です。
～締め切り後の申請はできませんので、ご注意ください～

～補助金請求に必要なもの～

- ①ツベルクリン反応検査補助金交付申請書
- ②補助金明細表
- ③ツベルクリン反応検査実施結果報告書
- ④領収書の写し（医療機関に全額支払った場合）

※組合より配布したものについては①と②は表裏一体となっております。

