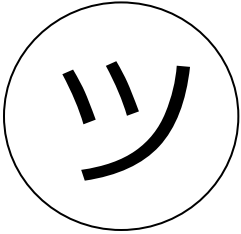


※組合使用欄	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	担 当 者
交付決定金額	¥					



(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

5001 -

〒 (-)

[実施者区分]

本人 家族

住 所

被 保 険 者 名

ご 連 絡 先

受 診 者 名



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかご確認ください。

↑該当する方に○をしてください。
※本人・家族はまとめて申請できません

令和7年度

ツベルクリン反応検査補助金交付申請書(任継用)

ツベルクリン反応検査を下記のとおり実施しましたので、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：

印

費 用 振込銀行	金 融 関	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預 金 別	普 通 ・ 当 座
		銀行コード	店番		
	口座名義				

(口座名義は金融機関への届け出のとおりに記入してください。)

※補助金の申請は年度につき1人1回まで、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。
※今年度途中に任意継続になられた方で、在職中に補助金を利用された場合は申請できません。
※実施した月の翌月末までに提出してください。
※令和7年度実施分の最終提出期限は、令和8年4月6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～

【提出先】〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 東京都医業健康保険組合・健康推進課

補助金明細表

5001 -

※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
生じた費用のみをお支払いします。

	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	

～補助金申請に必要なもの～

- 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（※個人口座へ振込を希望される場合は、添付が必須です。）
- ※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。

ツベルクリン反応検査実施結果報告書

記号・番号	—				
氏 名	年齢	生年月日	検査年月日	検査結果	診察所見
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	
	歳	S H . .	R . .	－ ・ 土 ・ ＋	

■ご記入漏れなどがある場合は、お支払いまでにお時間をいただく場合があります。
あらかじめご了承ください。