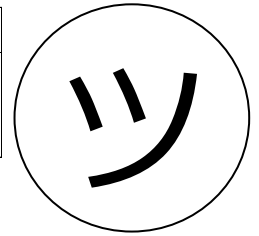


※組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					



(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

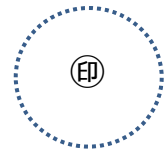
事業主名

ご担当者名

ご連絡先

↑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



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかがご確認ください。

令和6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

ご担当者名：

ご連絡先：

※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。



費用	金融機関	銀行 金庫 信組 農協		本店(所) 支店(所)		預金種別	普通・当座
		銀行コード	店番	支店コード	支店番		
振込銀行	フリガナ					口座番号	
	口座名義						

(口座名義は金融機関への届け出のとおりに入力してください。)

※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。

※実施した月の翌月末までに事業所ごとでとりまとめて提出してください。

※令和6年度実施分の最終提出期限は、令和7年4月5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

事業所記号 (4桁)	
---------------	--

※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（※事業所が実施医療機関へ、全額支払いをした場合。）
- ※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。

ツベルクリン反応検査実施結果報告書

事業所記号		◆証番号は、番号順に記入してください。			
証番号	氏名	生年月日	検査年月日	検査結果	診察所見
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	
		S H . .	R . .	- . ± . +	

■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。