



## 京 都 府 からのお知らせ

# ピロリ菌除菌治療への 費用助成を行います

 次のすべてに当てはまる人は助成を受けられる可能性があります。

- 
- 人間ドックや健康診断で、ピロリ菌感染（疑いも含む）が判明した  
注）健診等をきっかけとせずに、はじめから保険適用でピロリ菌検査を受けた場合は対象外です。
  - 保険適用でピロリ菌一次除菌治療を受けた
  - 除菌治療時と助成申請時に、京都府内に住所を有している

4 ページ目の詳細をご確認の上、申請書に必要事項を記載して、必要書類とともに京都府健康対策課に提出してください。 

**申請は、除菌治療結果の判定検査を受けた年度内に！！**

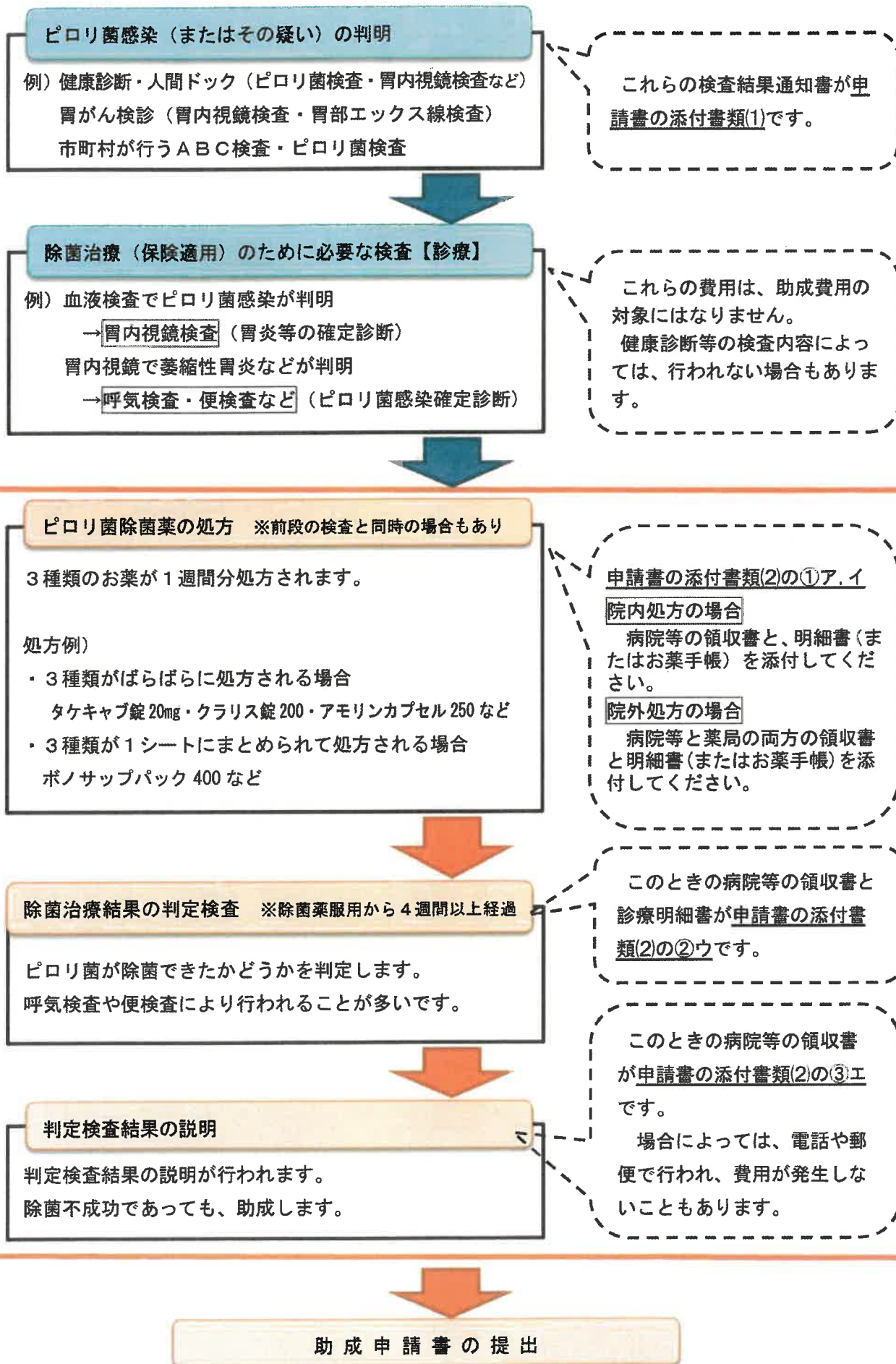
※ただし、1～3月に判定検査を受けた場合の申請期限は、翌年度6月末です。

### ■ お問い合わせ先 ■

京都府健康福祉部 健康対策課 がん対策係  
〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町  
TEL：075-414-4766

※市町村は窓口ではありません。

# ピロリ菌除菌治療の流れ（健康診断・人間ドックがきっかけの場合）



< 申請書記載例 >

別紙申請書に御自身の情報を記入の上、添付書類とともに京都府健康対策課に提出してください。(提出方法は4ページ下段に記載)

〇〇年〇〇月〇〇日

京都府知事 様

< 申請者 (除菌治療をした本人) >  
 郵便番号: 〇〇〇 - ××××  
 住所: 京都府 △△市(町、村) ~~~  
 氏名: 京都 太郎  
 電話番号: (平日の日中に連絡がつく番号) 075-×××-××××

原則、除菌薬を飲んだ後の判定検査を受けた年度に提出してください。

京都府ヘリコバクター・ピロリ除菌治療費助成申請書

健康診断等で判明したピロリ菌感染について一次除菌治療を受けましたので、必要書類を添えて除菌治療費の助成を申請します。

初めて受ける除菌治療のみが対象です。

ピロリ菌感染 (疑いを含む) が判明した検査	<input type="checkbox"/> 市町村が実施するピロリ菌検査 ・ 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 医療保険者が実施する健康診断 ・ 人間ドック <input checked="" type="checkbox"/> その他(郵送検診) ABC 検査 ・ その他 ( ) <small>※ これらの健康診断等を経ずに、はじめから医療機関で診療としてピロリ菌検査を受けた場合 (保険適用となる処置の一つとしてピロリ菌検査を受けた場合) は、対象となりません。</small>			
振込口座	フリガナ	キョウト タロウ		
	口座名義	京都 太郎 <small>※申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です。</small>		
	金融機関名	府庁銀行	店舗名	丸太町支店
	口座種別	普通	口座番号	1234567

※ 次の書類を申請書に添付して提出してください。不足があることや、助成金額が上限の 2,000 円に満たないことがあります。

「お名前」「検査名」「医療機関名」「ピロリ菌感染の結果」が分かるようにコピーしてください。

添付書類	チェック欄																					
(1) ピロリ菌感染 (疑いを含む) が判明した健康診断等の結果通知書の写し 注) 医療機関での診療以前に受けた検査の結果を添付してください。 注) 氏名・検診名・医療機関名が分かるようにしてください。	<input checked="" type="checkbox"/>																					
(2) 医療機関が発行する領収書と明細書の写し ① 除菌治療薬が処方されたときの費用が分かるもの ア 病院 (診療所) の 領収書と診療明細書 イ 薬局 の 領収書と調剤明細書 ※薬を処方された機関の明細書の代わりとしても領収書は必須。 ② 除菌治療結果の判定検査を受けたときの費用 ウ 病院 (診療所) の 領収書と診療明細書 ③ 検査結果説明を聞いたときの費用が分かるもの エ 病院 (診療所) の 領収書と診療明細書	<table border="0"> <tr> <td>①</td> <td>領収証</td> <td>明細書</td> </tr> <tr> <td>ア</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>領収証</td> <td>明細書</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>領収証</td> <td>明細書</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	①	領収証	明細書	ア	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	イ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	②	領収証	明細書	ウ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	③	領収証	明細書	エ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
①	領収証	明細書																				
ア	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																				
イ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																				
②	領収証	明細書																				
ウ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																				
③	領収証	明細書																				
エ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																				
(3) 住所が確認できる書類 例) 「健康保険証 (住所が裏面に記載)」「運転免許証」「住民票」の写し (マ)	<input checked="" type="checkbox"/>																					

これらの書類で、助成金額を算出します。助成対象外の費用もありますので領収書の金額と、助成対象金額は必ずしも一致しません。ご注意ください。

ご自身のお名前、ご住所が記載されているか確認してください



# 京都府ヘリコバクター・ピロリ除菌治療費助成事業

本事業は、健康診断等でピロリ菌感染やその疑いが判明した方に除菌治療費の一部を助成することで、ピロリ菌の除菌治療を促進し、胃がんリスクを低減するものです。

## <助成対象者>

次のすべての条件を満たす方

- ① 健康診断、人間ドック、胃がん検診、ピロリ菌検査・ABC検査（市町村実施等）などで、ピロリ菌感染（萎縮性胃炎等、疑いを含む）が判明した方
- ② 保険適用でピロリ菌一次除菌治療を受けた方
- ③ ピロリ菌一次除菌治療開始時及び助成申請時に京都府内に住所を有している方

※ ①の検査等を経ずに、医療機関で保険適用となる診療の一環としてピロリ菌感染が判明した場合は助成対象となりません。

## <助成対象費用>

ピロリ菌一次除菌治療に要した費用（上限2,000円）

- ・ 除菌治療薬の処方箋が発行されたときの費用
- ・ 除菌治療薬が処方されたときの費用（薬剤費含む）
- ・ 除菌治療薬服用後の除菌結果判定検査費用
- ・ 除菌結果判定検査の結果説明を受けたときの費用

※ 領収書の金額と、助成対象金額は必ずしも一致しません。対象外となる費用もあります。

※ 申請は一人1回までです。

## <助成対象費用>

原則、除菌治療結果の判定検査を受けた年度内に申請してください。

※ ただし、1～3月に判定検査を受けた場合の申請期限は、翌年度6月末です。

## ○その他、留意事項

- ・ 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ・ 医療機関によっては、診療明細書の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- ・ 他の法令等の規定により、国又は地方公共団体等の負担による医療に関する給付を受けている方は、その給付額を除いた自己負担額から助成対象費用を算出します。

## ○個人情報の取り扱いについて

得られた個人情報について、当事業の目的であるがん対策に必要な目的（全国がん登録などを利用した調査及び分析、アンケート調査等）以外には使用しません。また、得られた個人情報は厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を講じます。

## ■ 申請方法 ■

### 持参の場合

受付窓口：京都府健康福祉部健康対策課がん対策係（府庁2号館3階）

受付時間：月曜日から金曜日（休日、祝日、年末年始を除く。）午前9時～11時30分、午後1時30分～5時

〒602-8570

京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町  
京都府健康対策課がん対策係あて

### 郵送の場合

右の点線で切り取って、封筒に貼り付けて  
ご利用ください。

地下鉄烏丸線丸太町駅  
から徒歩約10分

年 月 日

京都府知事 様

《申請者（除菌治療をした本人）》

郵便番号： \_\_\_\_\_

住所：京都府 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

電話番号：(平日の日中に連絡がつく番号) \_\_\_\_\_

### 京都府ヘリコバクター・ピロリ除菌治療費助成申請書

健康診断等で判明したピロリ菌感染について一次除菌治療を受けましたので、必要書類を添えて除菌治療費の助成を申請します。

ピロリ菌感染 (疑いを含む) が判明した検査		<input type="checkbox"/> 市町村が実施するピロリ菌検査・胃がん検診 <input type="checkbox"/> 医療保険者が実施する健康診断・人間ドック <input type="checkbox"/> その他【 郵送検診・ABC検査・その他( ) 】 ※ これらの健康診断等を経ずに、はじめから医療機関で診療としてピロリ菌検査を受けた場合（保険適用となる処置の一つとしてピロリ菌検査を受けた場合）は、対象となりません。		
振 込 口 座	フリガナ			
	口座名義	※申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です。		
	金融機関名	店舗名		
	口座種別	口座番号		

※ 次の書類を申請書に添付して提出してください。不足があった場合、申請が受け付けられないことや、助成金額が上限の2,000円に満たないことがあります。

添 付 書 類	チェック欄
(1) ピロリ菌感染（疑いを含む）が判明した健康診断等の結果通知書の写し 注) 医療機関での診療以前に受けた検査の結果を添付してください。 注) 氏名・検診名・医療機関名が分かるようにしてください。	<input type="checkbox"/>
(2) 医療機関が発行する領収書と明細書の写し ① 除菌治療薬が処方されたときの費用が分かるもの ア 病院（診療所）の領収書と診療明細書 イ 薬局の領収書と調剤明細書 ※薬を処方された機関の明細書の代わりとして、お薬手帳でも可。ただし、いずれも領収書は必須。 ② 除菌治療結果の判定検査を受けたときの費用が分かるもの ウ 病院（診療所）の領収書と診療明細書 ③ 検査結果説明を聞いたときの費用が分かるもの エ 病院（診療所）の領収書と診療明細書	① 領収証 明細書 ア <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ② 領収証 明細書 ウ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③ 領収証 明細書 エ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(3) 住所が確認できる書類 例) 「健康保険証（住所が裏面に記載されている場合は、裏面もコピーしてください）」 「運転免許証」「住民票」の写し（マイナンバーの記載のないもの）	<input type="checkbox"/>