

令和4年度PCR検査費用補助事業について(ご案内)

新型コロナウイルス感染拡大が進む中、組合の皆様には、地域医療の最前線で、感染リスクの不安と戦いながらご尽力されておりますことに、心から敬意を表します。

さて、組合の皆様の福利厚生の向上を図り、ひいては新型コロナウイルス感染症の拡大の防止に資するため、昨年度に引き続き、自院で実施したPCR検査費用の一部について、以下のとおり補助することといたしましたので、ご案内いたします。

対 象 者

当組合の被保険者で、次の条件を全て満たす方に限ります。ただし、県又は市町村からの補助を受けるPCR検査は対象外となります。

- ① 検体採取日に被保険者の資格を有する方
- ② 検体採取日に無症状の方
- ③ 自院で検査された方

*発熱等の新型コロナウイルス感染疑いの症状がある方や濃厚接触者に該当すると思われる方は、県指定の診療・検査医療機関での受診をお願いします。

対 象 期 間

令和4年4月1日から令和5年3月31日までのPCR検査

支 給 額

年度内1人1回限り、5,000円

申 請 方 法

別紙『PCR検査に係る自家検査費用補助金交付申請書』に所要事項を記載のうえ、添付書類(検査機関の「検査結果の写し」)を同封し、当組合に提出してください。

なお、申請に際しては、医療機関の開設者が自院の被保険者分を取りまとめて申請してください。

*申請書様式は、当組合ホームページからもダウンロードできます。

申 請 期 限

令和5年4月末日(当組合必着)

※検査結果が陽性だった場合には、速やかに保健所へ報告してください。

※その他ご不明な点は、別添 補助金事業のQ&Aをご参照ください。

(様式1)

決 裁	常務理事	事務長	職 員	担 当	支給決定額
					円
令和 年 月 日決定					<不支給事由>

PCR検査に係る自家検査費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

茨城県医師国民健康保険組合理事長 様

(組合員)

所在地 _____

氏 名 _____ (印)

PCR検査に係る自家検査を実施したので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請額 _____ 円 (5,000円×検査人数 人)

2 対象者

対 象 者 明 細					
被保険者番号	氏 名	検査日	被保険者番号	氏 名	検査日

※対象者全員分の検査機関の検査結果写しを添付してください。

3 振込先

振込指定金融機関	銀行・信金・信組 金庫・農協 その他 ()	本店・本所 支店・支所・出張所 その他 ()
口 座 番 号	1 普通 2 当座	
名 義	(フリガナ)	