

ピロリ菌除菌等届出書

黒枠内をご記入ください

申請日 年 月 日

記入日：令和 年 月 日

氏名：

生年月日：S 年 月 日

住所：かほく市

除菌日： 年 月頃（ 年前）

除菌が成功した医療機関：

健康福祉課確認欄

個人番号 _____

助成 令和 年 月 日（令和 年度）

医療機関