【書式１４－３】
Form

海外在住者健康診断補助金支給申請書

Subsidy for Health Screening of Overseas Residents Claim Application

健康保険組合　御中　　年　月　日　　店　番 ＿＿＿＿＿＿＿＿
To: Health Insurance Society　　Date　　Division / Branch Code

海外部店名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
Name of Overseas Division / Branch

担当役付者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿
Name of person in charge of general affaires

海外在住者の健康診断を受診しましたので、領収書を添えて補助金の交付を申請致します。
We attach original receipts and apply for claiming the subsidy for health screening of overseas residents.

被保険者氏名（被保険者記号・番号）The Insured Number	受診者氏名（家族の場合のみ記入）Examinee's name (if a dependent)	続柄 Relationship	受診者生年月日（西暦）Date of birth of examinee	健診料金（現地通貨）Amount (in local Currency)	健診日 Date of diagnosis
			年　月　日		年　月　日
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		
小計 Sub-total	件 Number of persons				
合計 Total	件 Number of persons				

（人事部使用欄）　　**（健保組合使用欄）**
(Do not write in the section below)

受付日		送金日		受付日		支給決定日		国番号	
邦貨換算レート/ 現在				邦貨換算レート				給付種別	1108 2108 2109
次長	調査役		担当者	常務理事	事務長	部長	担当者		

【郵便】〒105-0014　東京都港区芝２－４－３
三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第二部宛

【行内メール】東日本（7872-50）三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第二部宛