【書式１４－４】
Form

療養費 補助金支給申請書総括表

Summary of the health insurance benefit claim application

(　　年　　月請求分)

(Submitted on Year/ Month)

健康保険組合　御中
To: Health Insurance Society

店　　番
海外部店名 _____
Name of Overseas Division / Branch Code
担当役付者名 _____
Name of person in charge of general affaires

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) Patient's name (if a dependent)	医療費請求額 (現地通貨領収書金額) Claimed amount (Receipt in local currency)	海外部店支払欄 Amount paid by Division/Branch
小計(　　件) Sub-total (Number of persons)			
合計(　　件) Total (Number of persons)			

【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