

◎請求期間は、入院中を除き原則として一ヶ月単位で（給与の締切日毎に）請求してください。◎被保険者等記号・番号は①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。

必ずA3用紙に印刷してご使用ください。

Form with fields for insured person details (name, address, company), injury details (date, location), and insurance information (policy number, amount).

◎「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

Form for bank transfer details including financial institution code, branch name, and account type.

Form for the designated recipient of the payment, including name and address.

第一回目の請求については出勤簿・賃金台帳を必ず添付してください。

Form for the first claim, including attendance records and payment details for the period of absence.

Form for medical treatment details, including dates of injury, medical visits, and hospitalization periods.