

採用書類 チェックシート

(先生)

※本チェックシートは採用書類提出時に併せてご提出ください。職員番号および組合員証の番号は空欄で結構です。
 当院での勤務開始時点の住所をご記入ください。未定の場合は空欄で提出し、決まり次第早急にご連絡ください。

| No. | 資料名 | 該当者 | 提出 | 備考欄（提出できない理由等を記載してください） |
|----------------------|---|--------------|----|-------------------------|
| 記載例 | 保険医登録票の原本 | 全員 | × | 現勤務先病院で管轄変更手続きを行ったため |
| 1 | 宣誓書 | 全員 | | |
| 2 | 駐車許可申請書 | 利用希望者のみ | | |
| 3 | 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書 | 全員 | | |
| 4 | 組合員資格取得届書 | 全員 | | |
| 5 | 給付金振込口座届 | 全員 | | |
| 6 | 連絡用住所・電話番号 | 全員 | | |
| 7 | 麻薬施用者免許申請書※兵庫県外から異動の方 | 兵庫県外から異動の方のみ | | |
| | 麻薬施用者免許証記載事項変更届 ※兵庫県内から異動の方 | 兵庫県内から異動の方のみ | | |
| 8 | 緩和ケア研修修了者の申請について | 全員 | | |
| 9 | 健康診断票（入職3か月前以降に受診のもの） （様式に記載の項目が網羅されていれば、健診結果の写しをそのまま提出いただいても構いません） | 全員 | | |
| 10 | 抗体調査表 | 全員 | | |
| 11 | 被扶養者申告書 | 被扶養者がある方のみ | | |
| 12 | 申立書（被扶養者1名につき1部） | 被扶養者がある方のみ | | |
| 13 | 被扶養者同居・別居届 | 被扶養者がある方のみ | | |
| 14 | 第3号被保険者関係届 | 被扶養者がある方のみ | | |
| 以下はご自身でご用意のうえご提出下さい↓ | | | | |
| 15 | マイナンバーの写し（本人分と扶養家族分） ※番号記載面・写真のある面の両方を提出下さい | 全員 | | |
| 16 | 年金手帳の写し（基礎年金番号がわかるページ） | 全員 | | |
| 17 | 雇用保険被保険者番号がわかるもの ※健康保険証ではありませんのでご注意ください | 全員 | | |
| 18 | 被扶養者収入がわかるものの写し | 該当者のみ | | |
| 19 | 保険医登録票の原本 ※当院基幹プログラム採用者：全員原本をご提出下さい ※連携プログラムからお越しの方：当院での研修後、現病院以外に異動する場合は、原本をご提出下さい | いずれか提出下さい | | |
| | 保険医登録票の写し ※連携プログラムからお越しの方で、当院での研修後、現病院に帰院する場合は写しをご提出下さい | | | |
| 20 | 麻薬施用者免許証の原本 | 兵庫県内から異動の方のみ | | |

※給与振込口座および通勤届につきましては、2月頃にWEB申請のご案内をする予定ですので、今しばらくお待ちください。

宣 誓 書

私は、神戸市民病院機構の職員として、患者の立場に立って、人間性豊かなあたたかい医療を提供することにより、市民の生命と健康を守ることを固く誓います。

私は、神戸市民病院機構の職員として、市民の信頼に応えるため、効率的に医療を提供することに努め、就業規則を遵守し、誠実かつ公正に職務を執行することを固く誓います。

年 月 日

氏名

印

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院長 様

所 属 _____

氏 名 _____

職員番号 _____

駐 車 許 可 申 請 書

病院が定める駐車場運営要綱に規定する設置目的に該当するため、下記のとおり職員駐車場の定期利用について許可申請いたします。

なお、許可を受け利用する場合、裏面注意事項を遵守し、院長の指示に従います。

[参考] 神戸市立医療センター中央市民病院駐車場運営要綱 抜粋

(駐車場の設置目的)

5 駐車場の管理運営は、それぞれの設置目的に応じて円滑に実施しなければならない。

(1) 略

(2) 職員専用駐車場は、病院としての性格上患者の急変時に対処しうるよう医師等を緊急に呼び出すため等に設置する。

(3) 略

杉の子保育園を利用

クラス (歳児)

子の名前 ()

※該当する場合、4.の
チェックは不要

1. 使用車種及び車両番号

車 種 : _____

(例 : トヨタ プリウス)

車両番号 : _____

(例 : 神 戸 ・ 123 ・ あ ・ 11 - 11)

2. 自宅住所

.....

3. 使用開始日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~

(総務課)
通勤届確認欄

★駐車場利用にあたっての注意事項

- (1) 駐車定期券(駐車許可証)の交付を受けたのち、次の場合は必ず届け出願います。
 - ア. 自動車の車種等が変更したとき (様式2)
 - イ. 駐車定期券を紛失したとき (様式3)
 - ウ. 駐車場が必要でなくなったとき (様式4)

- (2) 月の途中の解約については、その月の料金を返金しません。
駐車料金の引き去り手続の中止は、利用中止の申し出並びに駐車定期券(駐車許可証)を受領した日の属する月の翌月に行います。
→利用中止の申し出並びに駐車定期券(駐車許可証)の返却がない場合は、利用の実態がない場合でもその月の料金は返金できません。

- (3) 他人に貸与する等不正利用は禁止します。

- (4) 駐車定期券(駐車許可証)を不正に使用した場合、料金の未納があった場合、駐車場使用ルールを守らない、病院長の指示に従わない場合には駐車許可を取り消すことがあります。

- (5) 緊急呼出による出務の場合、無料駐車処理を1階東守衛室で行っております。
緊急呼出の目的のみで使用される方は駐車定期券(駐車許可証)の返却と引き去りの中止を総務課に申し出てください。

- (6) 交付の駐車定期券は、職員駐車場でのみ使用してください。

★駐車料金

月極 : 1か月 4,400円 (令和元年10月1日現在)

令和7年分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書



| | | | | | | |
|---------|-----------------|--|---------------------|----------|-------|---|
| 所轄税務署長等 | 給与の支払者の名称（氏名） | 地方独立行政法人 神戸市民病院機構 | （フリガナ） あなたの氏名 | あなたの生年月日 | 年 月 日 | 従たる給与についての扶養控除等申告書の提出（提出している場合には、○印を付けてください。） |
| 税務署長 | 給与の支払者の法人（個人）番号 | ※この申告書の提出を受けた給与の支払者が記載してください。 8 1 4 0 0 0 5 0 0 4 9 6 6 | あなたの個人番号 | 世帯主の氏名 | | |
| 市区町村長 | 給与の支払者の所在地（住所） | 神戸市中央区港島南町2丁目2番地 | あなたの住所又は居所（郵便番号 - ） | 配偶者の有無 | | |

あなたに源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生のいずれにも該当しない場合には、以下の各欄に記入する必要はありません。

| 区分等 | （フリガナ）氏名 | 個人番号 | | 老人扶養親族（昭31.1.1以前生） 特定扶養親族（平15.1.2生～平19.1.1生） | 令和7年中の所得の見積額 | 非居住者である親族 | | 住所又は居所 | 異動月日及び事由 （令和7年中に異動があった場合に記載してください（以下同じです。）） | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---------|------|--|--------------|--|-------|--------|--|--|---|---|--|----------|--|
| | | あなたとの続柄 | 生年月日 | | | 生計を一にする事実 （該当する場合は○印を付けてください。） | | | | | | | | | |
| A 源泉控除対象配偶者（注1） | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| B 控除対象扶養親族（16歳以上） （平22.1.1以前生） | 1 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 円 | <input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払 | | | | | | | | | |
| | 2 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 円 | <input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払 | | | | | | | | | |
| | 3 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 円 | <input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払 | | | | | | | | | |
| | 4 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | 円 | <input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払 | | | | | | | | | |
| C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生 | <input type="checkbox"/> 障害者 <table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th>区分</th><th>該当者</th></tr> <tr><td>一般の障害者</td><td></td></tr> <tr><td>特別障害者</td><td></td></tr> <tr><td>同居特別障害者</td><td></td></tr> </table> | | 区分 | 該当者 | 一般の障害者 | | 特別障害者 | | 同居特別障害者 | | <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 勤労学生 | 障害者又は勤労学生の内容（この欄の記載に当たっては、裏面の「2 記載についてのご注意」の(9)をお読みください。） | | 異動月日及び事由 | |
| 区分 | 該当者 | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般の障害者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別障害者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同居特別障害者 | | | | | | | | | | | | | | | |

上の該当する項目及び欄にチェックを付け、（ ）内には該当する扶養親族の人数を記入してください。

| D 他の所得者が控除を受ける扶養親族等 | 氏名 | あなたとの続柄 | 生年月日 | 住所又は居所 | 控除を受ける他の所得者 | | 異動月日及び事由 |
|------------------------|----|---------|------|--------|-------------|--------|----------|
| | | | | | 氏名 | 住所又は居所 | |
| | | | | | | | |

○住民税に関する事項（この欄は、地方税法第45条の3の2及び第317条の3の2に基づき、給与の支払者を經由して市区町村長に提出する給与所得者の扶養親族等申告書の記載欄を兼ねています。）

| 16歳未満の扶養親族（平22.1.2以後生） | （フリガナ）氏名 | 個人番号 | あなたとの続柄 | 生年月日 | 住所又は居所 | 控除対象国外扶養親族 （該当する場合は○印を付けてください。） | 令和7年中の所得の見積額（※） | 異動月日及び事由 | ※ 「令和7年中の所得の見積額」欄には、退職所得を除いた所得の見積額を記載します。 |
|------------------------|----------|------|---------|------|--------|------------------------------------|-----------------|----------|---|
| | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | 円 | | |

| 退職手当等を有する配偶者・扶養親族 | （フリガナ）氏名 | 個人番号 | あなたとの続柄 | 生年月日 | 住所又は居所 | 非居住者である親族 （該当する項目にチェックを付けてください。） | 令和7年中の所得の見積額（※） | 障害者区分 | 異動月日及び事由 | 寡婦又はひとり親 |
|-------------------|----------|------|---------|------|--------|-------------------------------------|-----------------|-------|----------|----------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 円 | | | |

◎この申告書は、あなたの給与について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるための提出するもので、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、そのうちの1か所にしか提出することができません。

◎この申告書は、源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族に該当する人がいない人も提出する必要があります。

◎この申告書の記載に当たっては、裏面の「1 申告についてのご注意」等をお読みください。

記載のしかたはこちら



1 申告についてのご注意

- (1) この申告書は、令和7年の最初の給与の支払を受ける日の前日までに、給与の支払者に提出してください。
- (2) この申告書に記載すべき事項が令和6年においてその給与の支払者を経由して提出した申告書に記載した事項から異動がない場合には、その記載すべき事項に代えて「異動がない」旨を記載した申告書（以下「簡易な申告書」といいます。）を提出することができます。簡易な申告書の提出に当たっては、国税庁ホームページに掲載している、記載のしかた（記載例）をご確認ください（表面の二次元コードからもご確認ください。）。
- (3) この申告書の提出後、記載内容に異動があったときは、別に異動申告書を提出するか、あるいはこの申告書の該当項目を異動後の内容に補正してください。
- (4) 2か所以上から給与の支払を受け、1か所から受ける給与だけでは源泉控除対象配偶者について控除を受ける配偶者（特別控除や扶養控除、障害者等の控除の全額が控除しきれない場合には、源泉控除対象配偶者や控除対象扶養親族を分けて他の給与の支払者に「従たる給与について」の扶養控除等申告書）を提出することができます。
- (5) 年末調整において、基礎控除又は配偶者（特別）控除の適用を受ける場合には、所要の事項を記載した「給与所得者の基礎控除申告書」又は「給与所得者の配偶者控除等申告書」を作成し、令和7年の最後の給与の支払を受ける日の前日までに給与の支払者に提出する必要があります。

2 記載についてのご注意

- (1) この申告書を簡易な申告書として提出する場合には、「あなたの氏名」、「あなたの住所又は居所」及び「あなたの個人番号」欄に記載し、前年に提出した申告書に記載した事項から異動がない旨を余白等に記載してください。
- (2) 「あなたの個人番号」及び「個人番号」欄には、それぞれ、あなた（源泉控除対象配偶者、控除対象扶養親族、年齢16歳未満の扶養親族又は退職手当等を有する配偶者・扶養親族のマイナンバー（個人番号）を記載する必要がありますが、一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
- (3) 「給与の支払者の法人（個人番号）欄」には、この申告書を受理した給与の支払者が、給与の支払者の法人番号又はマイナンバー（個人番号）を記載してください。
- (4) 「主たる給与」とは、この申告書を提出した給与の支払者から受ける給与をいい、「従たる給与」とは、それ以外の給与の支払者から受ける給与をいいます。
- (5) 控除対象扶養親族が同居老親等である場合には、「老人扶養親族」欄の「同居老親等」に、同居老親等以外の老人扶養親族であるときは「その他」にチェックを付けてください。
また、控除対象扶養親族が特定扶養親族である場合には、「特定扶養親族」欄にチェックを付けてください。
- (6) 「令和7年中の所得の見積額」欄には、収入金額等から必要経費等を差し引いた金額を記入してください。この場合、所得の種類が給与である場合には、収入金額から給与所得控除額（例えば収入金額が161万9千円未満の場合には55万円（収入金額を限度とします。))を差し引いた金額が給与の所得の金額となります。
なお、非課税とされる遺族年金などの所得、源泉分離課税が適用される利子、確定申告をしないことを選択した上場株式等の配当等などについては、源泉控除対象配偶者や扶養親族等の判定の基礎となる所得には含まれません。
- (7) 源泉控除対象配偶者が非居住者^(注)である場合には、「非居住者である親族」欄に○印を付けてください。また、控除対象扶養親族が非居住者であり、その非居住者の年齢が16歳以上30歳未満又は70歳以上である場合には、「非居住者である親族」欄の「16歳以上30歳未満又は70歳以上」にチェックを付け、その非居住者の年齢が30歳以上70歳未満で一定の要件を満たす人（下記4⑤ロに該当する人）である場合には、「非居住者である親族」欄の「留学」、「障害者」又は「38万円以上の支払」のうち該当する項目にチェックを付けてください（2以上の項目に該当する場合、いずれか1つにチェックを付けてください。）。
(注)「非居住者」とは、国内に住所を有せず、かつ、現在まで引き続いて1年以上国内に居所を有しない人をいいます。
- (8) 「生計を一にする事実」欄には、控除対象扶養親族が非居住者である場合に、年末調整時に、令和7年中にその親族に送金等をした金額の合計額を記載してください。
- (9) 「障害者又は勤労学生の内容」欄には、それぞれ次の事項を記載してください。
イ 障害者（特別障害者）……障害の状態又は交付を受けている手帳などの種類と交付年月日、障害の程度（障害の等級）などの障害者（特別障害者）に該当する事実。その人が同一生計配偶者又は扶養親族の場合には、併せてその人の氏名（特別障害者であるときは同居の有無）、マイナンバー（個人番号）^(注)、住所又は居所、生年月日、あなたとの続柄及び令和7年中の所得の見積額（これらの事項のうち「源泉控除対象配偶者」欄、「控除対象扶養親族」欄又は「住民税に関する事項」欄に記載している事項については、氏名を除き、記載を省略できます。）
また、当該同一生計配偶者又は扶養親族が非居住者である場合には、その旨及び令和7年中にその同一生計配偶者又は扶養親族に送金等をした金額の合計額（送金等をした金額の合計額は、年末調整時に記載します。）
（注）一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
ロ 勤労学生……学校名と入学年月日及び令和7年中の所得の種類とその見積額
(注) 寡婦又はひとり親に該当する人については、この欄の記載を要しません。
- (10) あなたの同一生計内に所得者が2人以上いるときは、あなたの扶養親族等（控除対象配偶者、控除対象扶養親族又は障害者である同一生計配偶者若しくは年齢16歳未満の扶養親族をいいます。）を他の所得者の扶養親族等としたり、また、その生計内の扶養親族等を分けて控除を受けたりすることができます。このような場合には、その扶養親族等の氏名などを「D」欄に記載してください。
- (11) 「住民税に関する事項」欄は、①扶養親族のうち年齢16歳未満の人を有する場合及び②退職手当等（源泉徴収されるもの）に限り、以下○ににおいて同じです。○の支払を受ける配偶者（退職所得を除く所得の見積額が133万円以下である人に限ります。）又は扶養親族を有する場合並びに③寡婦又はひとり親に該当する場合（退職手当等の支払を受ける扶養親族を有する場合に限ります。）に記載してください（住民税では、扶養親族等の要件とされる所得の金額には退職所得の金額は含めないこととされています。）。退職手当等の支払を受ける年齢16歳未満の扶養親族について、退職所得を含む所得の見積額が48万円を超える場合には、「16歳未満の扶養親族」欄は記載せず、「退職手当等を有する配偶者・扶養親族」欄のみ記載します。また、「控除対象外国扶養親族」欄又は「非居住者である親族」欄を記載した場合には、下記3(2)の確認書類を令和8年3月16日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。「住民税に関する事項」欄について、ご不明な点などがありましたら、お住まいの市区町村へお尋ねください。

3 添付書類

- (1) 年の途中で就職した人で前職のある人は、前の勤務先から交付を受けた源泉徴収票などを、また、年の途中で従たる給与を主たる給与に変更した人は、変更前の主たる給与支払者から交付を受けた源泉徴収票などを添付してください。
- (2) 以下に掲げる親族が非居住者である場合に必要添付書類等の手続の詳細は、国税庁ホームページに掲載している「非居住者である親族について扶養控除等の適用を受ける方へ」をご確認ください。
イ 扶養控除又は障害者控除の適用を受ける扶養親族
ロ 源泉控除対象配偶者である配偶者
ハ 障害者控除の適用を受ける同一生計配偶者
【非居住者である親族について扶養控除等の適用を受ける方へ】
- (3) あなたが、勤労学生である場合（専修学校、各種学校の生徒や職業訓練法人の訓練生の場合に限ります。）には、文部科学大臣又は厚生労働大臣の証明書の写しと学校長又は職業訓練法人の代表者の証明書を添付してください。

4 扶養親族等の範囲

| |
|--|
| <p>【①同一生計配偶者】 所得者（この申告書を提出する人をいいます。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、令和7年中の所得の見積額が48万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が103万円以下）の人</p> |
| <p>【②控除対象配偶者】 ①の同一生計配偶者のうち、令和7年中の所得の見積額が1,000万円以下である所得者の配偶者</p> |
| <p>【③源泉控除対象配偶者】 所得者（令和7年中の所得の見積額が900万円以下の人に限ります。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、令和7年中の所得の見積額が95万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が150万円以下）の人 (注) 夫婦の双方がお互いに源泉控除対象配偶者に係る控除の適用を受けることはできませんので、ご注意ください。</p> |
| <p>【④扶養親族】 所得者と生計を一にする親族（配偶者、青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）、児童福祉法の規定による里子又は老人福祉法の規定による養護老人で、令和7年中の所得の見積額が48万円以下の人</p> |
| <p>【⑤控除対象扶養親族】 ④の扶養親族のうち、次の場合の区分に応じ、それぞれ次に該当する人 イ 扶養親族が居住者の場合 年齢16歳以上の人（平成22年1月1日以前に生まれた人） ロ 扶養親族が非居住者の場合 次のいずれかに該当する人 （イ）年齢16歳以上30歳未満の人（平成8年1月2日から平成22年1月1日までの間に生まれた人） （ロ）年齢70歳以上の人（昭和31年1月1日以前に生まれた人） （ハ）年齢30歳以上70歳未満の人（昭和31年1月2日から平成8年1月1日までの間に生まれた人）のうち、「留学により国内に住所及び居所を有しなくなった人」、「障害者」又は「あなたから令和7年中において生活費又は教育費に充てるための支払を38万円以上受けている人」</p> |
| <p>【⑥特定扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢19歳以上23歳未満の人（平成15年1月2日から平成19年1月1日までの間に生まれた人）</p> |
| <p>【⑦老人扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢70歳以上の人（昭和31年1月1日以前に生まれた人）</p> |
| <p>【⑧同居老親等】 ⑦の老人扶養親族のうち、所得者又はその配偶者の直系尊属で、所得者又はその配偶者のいずれかとの同居を常況としている人</p> |
| <p>【⑨障害者（特別障害者）】 所得者本人又はその①の同一生計配偶者や④の扶養親族で、次のいずれかに該当する人 イ 精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある人……全て特別障害者になります。 ロ 精神保健指定医などから知的障害者と判定された人……このうち、重度の知的障害者と判定された人は、特別障害者になります。 ハ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人……このうち、障害等級が1級の人には、特別障害者になります。 ニ 身体障害者手帳に身体上の障害がある者として記載されている人……このうち、障害の程度が1級又は2級の人は、特別障害者になります。 ホ 戦傷病者手帳の交付を受けている人……このうち、障害の程度が恩給法別表第1号表ノ2の特別項症から第三項症までの人は、特別障害者になります。 ヘ 原子爆弾被爆者に対する法律の規定による厚生労働大臣の認定を受けている人……全て特別障害者になります。 ト 常に就床を要し、複雑な介護を要する人……全て特別障害者になります。 チ 精神又は身体に障害のある年齢65歳以上の人（昭和36年1月1日以前に生まれた人）で、市町村長、特別区の区長や福祉事務所長からイ、ロ又はニに準ずる障害があると認定されている人……このうち、イ、ロ又はニの特別障害者と同程度の障害がある人は、特別障害者になります。</p> |
| <p>【⑩同居特別障害者】 ①の同一生計配偶者又は④の扶養親族のうち特別障害者で、所得者、その配偶者又は所得者と生計を一にするその他の親族のいずれかとの同居を常況としている人</p> |
| <p>【⑪寡婦】 所得者本人で、次のいずれかに該当する人のうち、令和7年中の所得の見積額が500万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が6,777,778円以下）、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人（⑫のひとり親に該当する人を除きます。） イ 夫と離婚した後婚姻をしていない人で、④の扶養親族を有する人 ロ 夫と死別した後婚姻をしていない人又は夫の生死が明らかでない人</p> |
| <p>【⑫ひとり親】 所得者本人で、次の全てに該当する人のうち、令和7年中の所得の見積額が500万円以下、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人 イ 現に婚姻をしていない人又は配偶者の生死が明らかでない人 ロ その所得者と生計を一にする子（他の人の①の同一生計配偶者又は④の扶養親族とされている者を除き、令和7年中の総所得金額等の見積額が48万円以下の子に限ります。）を有する人</p> |
| <p>【⑬勤労学生】 所得者本人で、次の全てに該当する人 イ 大学、高等学校などの学生や生徒、一定の要件を備えた専修学校、各種学校の生徒又は職業訓練法人の行う認定職業訓練を受ける訓練生であること。 ロ 自分の勤労に基づいて得た事業所得、給与所得、退職所得又は雑所得（以下「給与所得等」といいます。）があること。 ハ 令和7年中の所得の見積額が75万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が130万円以下）であって、そのうち給与所得等以外の所得が10万円以下であること。</p> |

組合員資格取得届書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------|------------------|---|-----------------------------------|---|---|---|----|-----|--|
| 所属コード | 8791 | 所属所名 | 神戸市立医療センター中央市民病院 | | | | | | | | |
| 組合員の記号・番号 | 記号 | 番号 | 資格取得年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 個人番号 | | | | 基礎年金番号 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | |
| 氏名 | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 住所 | 郵便番号 | | []-[] | | 電話番号 () | | - | | | | |
| | 住民票住所 (上記の住所と住民票住所が異なる場合のみ記入) | | | | | | | | | | |
| | 郵便番号 | | []-[] | | | | | | | | |
| 備考 | (後期高齢者医療被保険者証をお持ちの場合に記入) 資格取得年月日： 有効期限： | | | 年金受給の有無 | 有 | | 無 | | | | |
| 資格確認書の交付希望 ※希望する場合に記入 | 以下の要件に該当する場合に交付します。 いずれかに☑を入れてください。 | | | | ☐ 左記の交付要件に該当するため 資格確認書の交付を希望する | | | | | | |
| | | | | ☐ マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 | | | | | | | |
| | | | | ☐ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない。 | | | | | | | |
| | | | | ☐ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れで、継続利用の意思がない。 | | | | | | | |
| 上記のとおり組合員の資格を取得しましたので届け出ます。 | | | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 組合員氏名 | | | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 | | | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 所属所長 | 補職名 | 氏名 | | 地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 事務局総務課長 政枝 洋一 | | | | | | | |

《提出にあたっての注意事項》

- 「給付金振込口座届」(様式3-11)を併せて提出してください。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている者である場合、「備考」欄に後期高齢者医療被保険者証の資格取得年月日及び有効期限をそれぞれ記入してください。

共済組合受付印

給付金振込口座届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

| | | | |
|--|----------------|--|---------------|
| 組合員証の 記号・番号 | 記号 | 所 属 | 電 話 |
| | 番号 | | |
| 神戸市職員共済組合の短期給付にかかる給付金の振込口座について、次のとおり届け出ます。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| 住所 組合員の 氏名 | | | |
| [自宅・携帯] 電話 () - | | | |
| 振 込 口 座 | 金 融 機 関 名 | 種 別 | 口 座 番 号 (右づめ) |
| | 銀行・農協 金庫・組合 | 普 通 <small>普通以外のときは下記 に記入してください</small> (本店・出張所) | |
| | フリガナ | | |
| | 名 義 | | |

《提出にあたっての注意事項》

- 1 電話番号は、日中に連絡のとれるものをご記入ください。
- 2 振込口座は、組合員名義のものに限ります。ただし、組合員死亡による資格喪失の場合は、遺族等の口座を記入してください。
- 3 退職による資格喪失については、本書による届出は不要です。

振込先が「ゆうちょ銀行」の場合

下記のとおり、他の金融機関への振込用の店名等を記入してください。

(通帳に「振込用の店名・預金種目・口座番号」の記載がある場合、その内容を記入してください。)

| 記入欄 | 記入するもの | 備 考 |
|------|---------------|--|
| 支 店 | 店名 (漢数字3文字) | 総合口座 (送金機能の付いた通常貯金・通常貯蓄貯金) の場合 「記号」の「左から2けた目と3けた目」に「8」を加えたものが店名になります。 (例) 1 2 3 4 5 → 二三八 支店 |
| 種 別 | 預金種目 (普通又は貯蓄) | |
| 口座番号 | 数字7けた | 桁数にかかわらず「番号」の最後の「1」を取ります。 (例) <u>1 2 3 4 5 6 7</u> 1 → 1 2 3 4 5 6 7 ※「番号」が「数字8けた未満」のときは、前に 0 をつけてください。 (例) <u>1 2 3 4 5</u> 1 → 0 0 1 2 3 4 5 |

共済組合受付印

共済組合事務処理欄

受 付

口座登録

連絡用住所・電話番号

連絡用医師名簿作成のため、住所・電話番号等をご記入の上提出してください。

なお、この情報は救急外来で緊急連絡に使用します。このため、電話番号等に変更がありましたら、速やかに総務課へ連絡してください。

診療科： _____

氏名： _____

職員番号： _____

住所：〒 _____

電話番号： _____

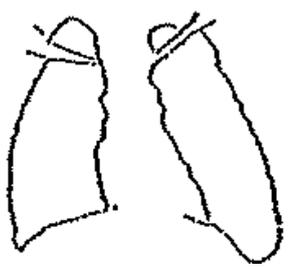
メールアドレス： _____

神戸市民病院機構 新規採用職員 雇用前健康診断票

下記の太枠内を各自記入すること

(検査日) 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|-------|-------|----------|---|---|----|
| 職種 | 医師 | 氏名 | | | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日生 |
| 1 あなたの健康状態はどうか ①非常によい ②普通 ③病気にかかっている | | | | | | 病名 | | | |
| ①②と答えた方 | | | | | | 発病時期 | 年 | 月 | 日 |
| 2 今までに入院したり半月以上 病気をしたことがありますか ①ない ②ある | | | 病名 | 1 | 2 | 3 | | | |
| ①②と答えた方 | | | 時期 | 年 月ごろ | 年 月ごろ | 年 月ごろ | | | |
| | | | 期間 | 約 日 | 約 日 | 約 日 | | | |
| 3 たばこを吸いますか ①吸っている ②吸っていた ③まったく吸っていない | | | | | | | | | |
| ①②と答えた方 1日何本吸っていますか _____ 本 何年間吸っていましたか _____ 年 | | | | | | | | | |
| ②と答えた方 何年前まで吸っていましたか _____ 年前まで | | | | | | | | | |
| 4 アルコールを飲みますか ①飲む ②飲まない | | | | | | | | | |
| ①と答えた方 1日どの程度飲みますか ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー _____ ml | | | | | | | | | |
| 1週間に何日くらい飲みますか _____ 日 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---------|---------|-------------|---------|-------------|---------|---|-----|--|
| 視力 | 右 | () | 聴力 | 1000HZ | 右 | db | 左 | db | |
| | 左 | () | | 4000HZ | 右 | db | 左 | db | |
| 身長 | . cm | 体重 | . kg | 腹囲 | cm | | | | |
| 胸部 X 線 所見 No. _____ | | | | | 心電図 所見 | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 血圧 | / | mmHG | 尿 | 蛋白 : | 糖 : | | | | |
| 赤血球数 | 万 / μl | | 血色素量 | g / dl | | | | | |
| 肝機能 | GOT | IU / l | GPT | IU / l | γ-GTP | IU / l | | | |
| 血糖 | mg / dl | | | | | | | | |
| 血中脂質 | TG | mg / dl | HDL コレステロール | mg / dl | LDL コレステロール | mg / dl | | | |
| 備考 | | | | | | | | 医師印 | |

新規入職者に対する職業感染予防のための指針 (院内感染防止に係る対応について)

神戸市立医療センター中央市民病院
感染管理室

I. 指針

- 1、当院では職員全員の感染予防（うつさない）と健康の確保（もらわない）の一環として、患者と接触する可能性のある職員全員（協力法人職員含む）を対象に、必要なワクチン接種の徹底を行っている。
- 2、対応が必要なウイルス感染症は以下の通りである。
 - 1) 麻疹、2) 風疹、3) 水痘、4) 流行性耳下腺炎、5) B型肝炎、6) 新型コロナウイルス
- 3、対応基準・方法については、一般財団法人日本環境感染学会『医療従事者のためのワクチンガイドライン（第2版）』に準拠し作成し、『医療従事者のためのワクチンガイドライン（第3版）』に準拠し改訂を行った。
- 4、本指針および対応については、平成28年度入職対象者（平成28年4月1日）より適応を開始する。
- 5、入職者は正規・非正規の雇用形態、新規・中途の採用形態に関わらず、「職種A」と「職種B」に分ける。以下に「職種A」と「職種B」を定義する。

職種A：①医師・歯科医師、②看護師・助産師・歯科衛生士、③薬剤師、④診療放射線技師、⑤臨床検査技師(※)、⑥臨床工学技士、⑦理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、⑧管理栄養士、⑨視能訓練士・臨床心理士（※臨床検査技師〔週1回程度勤務のパート職員〕を除く）

職種B：①ナースエイド、②ケアアシスタント、③一部の臨床検査技師〔週1回程度勤務のパート職員〕、④事務職、⑤保育士、⑥救命士クラーク、⑦薬剤業務補助

※ここにはない職種に関しては感染担当者（総務）と感染管理室で協議の上、対応を決定する。

- 6、入職前の対応について、「職種A」は以下、項目7～10、「職種B」は項目11、の通りに実施すること。また、「職種A・B」に共通する内容については項目12、以降に記載する。
- 7、入職後のフォローでは、抗体検査とワクチン接種の間に空白期間が生じるため、職員への曝露リスク、発症による院内感染のリスクがある。また、B型肝炎は半年以上のフォローアップ期間が必要である。このようなリスクを最小限にする為、入職前での必要なワクチン接種・抗体価獲得により、職業感染予防を図る。

8、「抗体調査表（職種A用）」に記載してある通り、必要なワクチン接種、抗体価検査の実施を完了させる。「抗体価調査表（職種A用）」に実施内容を記入し、それらの証明書として「母子手帳」「医療機関が発行する書類」「学校（施設）が発行する書類」（いずれもコピー）を添付し当院へ提出する。提出期限は入職日の1ヶ月前までとする。ただし、市からの人事異動など直前まで入職がわからない場合は、別途相談対応とする。※証明書については項目12、にて説明。

9、B型肝炎ワクチンの3回目接種について、1回目の接種から6ヶ月の期間が必要な為、入職までに対応しきれない場合がある。この場合は、特例として2回目までの接種でも可とする。ただし、入職後、当院で3回目の接種およびB型肝炎抗体価検査を自費で行う。既に予約済等の理由で、他院にて接種する場合は入職後、その旨を感染管理室に連絡する。

10、ワクチン接種を連続して行う場合、接種期間を1ヶ月あけなければならないものもある。同時接種も可能な場合がある為、主治医に必ず相談すること。また、時間的余裕をもってワクチン接種を受けるようにする。

11、入職前に可能な範囲で「抗体価調査表（職種B用）」を記入し、それらの証明書として「母子手帳」「医療機関が発行する書類」「学校（施設）が発行する書類」など（いずれもコピー）を添付し当院へ提出する。入職後必要に応じた抗体検査及びワクチン接種を病院負担で実施する。提出期限は入職日の1ヶ月前までとする。ただし、市からの人事異動など直前まで入職がわからない場合は、別途相談対応とする。

12、「抗体調査表（職種A・B用）」に添付する各種証明書は下記の通りとする。

| | 証明書の種類 | 注意事項 |
|---------|---|----------------------------|
| ワクチン接種歴 | <ul style="list-style-type: none"> ・母子健康手帳（コピー）必須 ・医療機関、学校（施設）が発行する書類 | ワクチンの種類、接種日が明記されていること。 |
| 抗体価結果 | | 抗体価の数値、検査方法、検査日が明記されていること。 |

13、ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。また、「職種A」は抗体価検査を実施の上、抗体価証明書類を添付すること。

14、入職までに対応が完了していない項目については、入職後当院にて自費ないし病院費用で必要な追加接種・抗体検査を行う（新型コロナワクチンを除く）。

以上

最終更新：2021年11月



抗体調査表：入職者用（職種 A）

職種： _____

氏名： _____

入職予定日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○説明文

1. 記入上の注意事項と提出書類について

- ・4種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について、後述の「1. 接種に際してのフローチャート」を確認した上で、自身のワクチン接種歴・抗体価結果を記入し、各証明書類を添付する。**母子健康手帳（コピー）は必ず提出すること。**
- ・B型肝炎について、後述の「確認手順」を確認した上で、自身のワクチン接種歴・抗体価結果を記入し、各証明書類を添付する。
- ・新型コロナワクチンについて、自身のワクチン接種歴を記入し、証明書類を添付する。
- ・各証明書類について、下記内容を確認の上、提出すること。

| | 証明書の種類 | 注意事項 |
|---------|---|----------------------------|
| ワクチン接種歴 | <ul style="list-style-type: none"> ・母子健康手帳（コピー）必須 ・医療機関、学校（施設）が発行する書類 | ワクチンの種類、接種日が明記されていること。 |
| 抗体価結果 | | 抗体価の数値、検査方法、検査日が明記されていること。 |

- ・提出された書類は原則返却不可の為、必ずコピーを添付すること。

2. その他

- ・ワクチン接種は接種間隔を1ヵ月あけなければならないものもある為、十分な余裕をもって受けるようにすること。同時接種も可能な場合がある為、主治医に必ず相談すること。
- ・ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。また、抗体価検査を実施の上、抗体価証明書類を添付すること。

□4 種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）

1. 接種に際してのフローチャート ※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より



2. 抗体価と必要予防接種回数 ※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より

| | あと2回の予防接種が必要 (ア) | あと1回の予防接種が必要 (イ) | 今すぐの予防接種は不要 (ウ) |
|---------------|---|---|--|
| 麻疹 | EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満 | EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 中和法 1:4 | EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上 |
| 風疹 | HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※:陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 | HI法 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 | HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 |
| 水痘 | EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満 | EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2 | EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上 |
| おたふくかぜ | EIA法 (IgG) 2.0未満 | EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 | EIA法 (IgG) 4.0以上 |

※ΔAは、ペーパーの吸光度値（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）
 麻疹HI法：なお、1:8以下の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 A:アノカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA生研ルペラIgG）：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 B:シーメンスヘルスケアアイアワイクス（エンザイクスト）既発/既済/IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 C:シスメックス・ビオメリュー株式会社（バイオアッセイキットRUB IgG）：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 D:徳島製薬工業株式会社（ランピア ラテックス RUBELLA）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 E:ベックマン・コールター株式会社（アクセス ルペラIgG）：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 F:株式会社保健科学西日本（i-アッセイCL 風疹IgG）：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 G:バイオ・ラッド ラボトラリス株式会社（BioPlex MMRV IgG）：なお、抗体価1.5AI未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
 H:バイオ・ラッド ラボトラリス株式会社（BioPlex ToRC IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

<注意事項>

- ・1. 接種に際してのフローチャートを確認した上で、以下（記入表）内の【フローチャート】欄へA. ～E. のいずれに該当するかを項目ごとに明記し、必要に応じた各証明書類を提出すること。
- ・抗体価検査を実施する場合、2. 抗体価と必要予防接種回数に明記してある検査法で実施すること（所定外の検査は無効とする）。

（記入表）

| 項目 | | 麻疹 | 風疹 | 水痘 | 流行性耳下腺炎 (ムンプス・おたふく) |
|---------------------------------|------------------------|--|--|--|--|
| フローチャート (A.～E. のいずれかを明記すること) | | () | () | () | () |
| ワクチン 1回目 | 接種日(西暦) | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 種類 (該当するものに○) | ・麻疹単独 ・MR ・MMR | ・風疹単独 ・MR ・MMR | ・水痘単独 | ・ムンプス単独 ・MMR |
| | 証明書類の情報源 (該当するものに○) | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () |
| ワクチン 2回目 | 接種日(西暦) | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 種類 (該当するものに○) | ・麻疹単独 ・MR ・MMR | ・風疹単独 ・MR ・MMR | ・水痘単独 | ・ムンプス単独 ・MMR |
| | 証明書類の情報源 (該当するものに○) | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () |
| 抗体価検査 | 検査日(西暦) | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 検査法 (所定の検査法で実施すること) | | | | |
| | 検査値 | | | | |
| | 証明書類の情報源 (該当するものに○) | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () | ・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 () |
| 備考欄 | | | | | |

□B 型肝炎

B型肝炎に関する入職前対応内容の確認手順について

- 1) → 2) → 3) → 4) → 5) の順に対応する。※但し 2) から対応開始でも可とする。
2. 既感染者 (HBs 抗体陽性)、HBV 感染者 (HBs 抗原陽性) は接種対象外となるため、その旨を 6) に記載する。

<注意事項>

- ・入職前での適正回数ワクチン接種後の必要抗体獲得 (対応完了) が当院の求める条件であるが、B型肝炎は1シリーズ (3回) の接種および、その後の抗体検査に期間が必要な為、入職までに可能な範囲で接種を実施してくることとする (その後のフォローは入職後に当院で実施する)。※入職後の対応は自費。
- ・入職後に当院でワクチン接種及び抗体価検査の対応が必要な者は、ワクチン接種の記録欄及び抗体測定日欄に「**入職後対応**」と朱記する。また、抗体調査表提出から入職までの期間に対応する者は、同様に「**入職前対応**」と朱記し、対応予定日をわかる範囲で記入すること。また「医療機関等の証明書」は入職後、(中央)感染管理室に提出する。

1) 接種開始前の抗体価検査結果 (必須ではない)

| 抗体価 | | 抗体検査の種類 (該当する検査法に○) | 抗体測定日 (西暦) | 証明書類の情報源 (該当するものに○) |
|--------|--|---------------------------------|------------|----------------------------------|
| HBs 抗体 | | EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法 | 年 月 日 | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 () |
| HBs 抗原 | | EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法 | 年 月 日 | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 () |



2) 1シリーズ目接種の記録

※①チェック欄、②ワクチン接種の記録、③証明書類の情報源、すべてを記入すること。

※ワクチン接種の記録については詳細不明の場合でも、記憶の範囲内で記載すること。

| 回数 | ①チェック欄 | ②ワクチン接種の記録 (西暦) | ③証明書類の情報源 (該当するものに○) |
|-----|----------------------------------|-----------------|----------------------|
| 1回目 | <input type="checkbox"/> 接種日 | (年 月 日) | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 |
| | <input type="checkbox"/> 接種日詳細不明 | () | ・その他 ()・証明書なし |
| 2回目 | <input type="checkbox"/> 接種日 | (年 月 日) | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 |
| | <input type="checkbox"/> 接種日詳細不明 | () | ・その他 ()・証明書なし |
| 3回目 | <input type="checkbox"/> 接種日 | (年 月 日) | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 |
| | <input type="checkbox"/> 接種日詳細不明 | () | ・その他 ()・証明書なし |



3) 1シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果（必須）※3回目接種から1~2ヶ月後に測定すること。

| 抗体価 | | 抗体検査の種類 (該当する検査法に○) | 抗体測定日（西暦） | 証明書類の情報源 (該当するものに○) |
|--------|--|---------------------------------|-----------|---------------------------------|
| HBs 抗体 | | EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法 | 年 月 日 | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（ ） |

→上記結果が、

10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し **対応終了**。

10mIU/ml 未満の場合、2シリーズ目接種を実施する。



4) 2シリーズ目接種の記録

※①チェック欄、②ワクチン接種の記録、③証明書類の情報源、すべてを記入すること。

※ワクチン接種の記録については詳細不明の場合でも、記憶の範囲内で記載すること。

| 回数 | ①チェック欄 | ②ワクチン接種の記録（西暦） | ③証明書類の情報源（該当するものに○） |
|-----|----------------------------------|----------------|----------------------|
| 1回目 | <input type="checkbox"/> 接種日 | (年 月 日) | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 |
| | <input type="checkbox"/> 接種日詳細不明 | () | ・その他（ ）・証明書なし |
| 2回目 | <input type="checkbox"/> 接種日 | (年 月 日) | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 |
| | <input type="checkbox"/> 接種日詳細不明 | () | ・その他（ ）・証明書なし |
| 3回目 | <input type="checkbox"/> 接種日 | (年 月 日) | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 |
| | <input type="checkbox"/> 接種日詳細不明 | () | ・その他（ ）・証明書なし |



5) 2シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果（必須）※3回目接種から1~2ヶ月後に測定すること。

| 抗体価 | | 抗体検査の種類 (該当する検査法に○) | 抗体測定日（西暦） | 証明書類の情報源 (該当するものに○) |
|--------|--|---------------------------------|-----------|---------------------------------|
| HBs 抗体 | | EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法 | 年 月 日 | 母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（ ） |

→上記結果が、

10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し **対応終了**。

10mIU/ml 未満の場合、ワクチン不応者と判断し **対応終了**。

6) 備考

□新型コロナワクチン

・医学的な理由（アレルギーなど）で接種できない場合は、その旨を2)に明記する。

1) 接種歴

| 回数 | 接種日（西暦） | 証明書類の情報源（該当するものに○） |
|-----|---------|----------------------------|
| 1回目 | 年 月 日 | 接種記録書・接種証明書・医療機関証明書・その他（ ） |
| 2回目 | 年 月 日 | 接種記録書・接種証明書・医療機関証明書・その他（ ） |
| 3回目 | 年 月 日 | 接種記録書・接種証明書・医療機関証明書・その他（ ） |

2) 備考

神戸市立医療センター中央市民病院

最終更新日：2021年10月

被扶養者申告書（増・減）

| 共済組合事務処理欄 | | | |
|-----------|--|--|--|
| | | | |

神戸市職員共済組合理事長 宛

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------|----|----------------------|--------|-------------|----------------|-----|------------------|---|---|----------------------------------|-----------|------------------|----------|----|----|
| 組合員証の記号・番号 | | 記号 | 番号 | | | | | 所属名 | 神戸市立医療センター中央市民病院 | | | | | | | | |
| 組合員氏名 | | 組合員の生年月日 | | | 昭和・平成 | | | 年 | 月 | 日 | 標準報酬月額 | 等級 | | | 円 | | |
| フリガナ 被扶養者氏名 | | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 年間所得 推計額 | 住 所 | | | | 異動年月日 及び理由 | | ※給与担当課記入欄 | | ※共済組合記入欄 | | |
| | | 男・女 | | 昭和 平成 年 月 日 令和 | | | 〒 | | | | 令和 年 月 日 | (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他() | 令和 年 月 | 令和 年 月 日 | | 普通 | |
| | | | | | | | 個人番号 * * * * * | | | | (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢勤務先で社会保険加入・その他() | より | 支給 | | 認定・取消 | | 特別 |
| | | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他() | 令和 年 月 | 令和 年 月 日 | | 普通 | |
| | | | | | | | | | | | (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢勤務先で社会保険加入・その他() | より | 支給 | | 認定・取消 | | 特別 |
| | | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他() | 令和 年 月 | 令和 年 月 日 | | 普通 | |
| | | | | | | | | | | | (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後記高齢勤務先で社会保険加入・その他() | より | 支給 | | 認定・取消 | | 特別 |
| | | | | | | | | | | | (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後記高齢勤務先で社会保険加入・その他() | より | 廃止 | 証回収日 令和 年 月 日 | | 障害 | |
| 上記のとおり申告します。 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申告者(住所) | | | | | | | | | | | | □ 資格喪失証明書の発行を希望する | | ※扶養取消(減)の場合のみ有効 | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 | | 令和 年 月 日 | | | (担当人名) | | | | | | | | | | | | |
| 所属所長(補職名) | | (氏名) 事務局総務課長 権代 慶一 | | | (連絡先) | | | | - | | | | | | | | |

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定されてから共済組合の決定を行います。普通認定以外の認定の場合、申立書(様式 3-3-1)及び同居・別居届(様式 3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者である場合は、国民年金第3号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および同居・別居届(様式 3-3-2)を添付してください。

| | |
|----------|---------|
| 給与担当課受付印 | 共済組合受付印 |
| | |

申 立 書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

| | | | | | | | | |
|--|-----------|--------------------------------------|---|--|--|--|---------------|---|
| 組合員証の 記号・番号 | 記号 | 3 | 番号 | | | | 所 属 名 | 神戸市立医療センター中央市民病院 |
| 認定対象者氏名 | | | | | | | 組 合 員 との続柄 | |
| 申請理由 (認定対象者を組合員の収入でどのように生計維持を行っているか、右の欄(ア)～(カ)に従って詳しく記入してください。) | | | | | | | | (ア) 認定対象者をいつから扶養しているか、(ア) また、いつから扶養するかを記入してください。 |
| | | | | | | | | (イ) 認定対象者の収入及び就労の有無を記入してください。 |
| | | | | | | | | (ウ) 認定対象者を組合員が扶養しなければならない理由及びどのように扶養しているかを具体的に記入してください。 |
| | | | | | | | | (エ) 認定対象者と同居しているか別居かを記入してください。また、別居の場合はその理由を記入してください。 |
| | | | | | | | | (オ) 認定対象者が、今後就職等で自立する予定があるかどうかを記入してください。 |
| | | | | | | | | (カ) 認定対象者に組合員と同等又はそれ以上の扶養義務者(配偶者・父母・兄弟等)がいるかを記入してください。扶養義務者がいる場合は、その者が認定対象者を扶養できない理由を記入し、その証明を添付してください。 |
| 認定対象者にこの申請後1年間に見込まれる収入 | | あり ・ なし | | | | | | |
| | | 「あり」の場合は、その収入額と種類 | 年額 _____ 円 収入種類 年金 ・ 給与 ・ その他 (_____) | | | | | |
| 認定対象者と組合員が別居の場合のみ記入してください。 | 別居先への仕送り額 | | 年額 _____ 円 内訳 月 額 _____ 円×12か月 ボーナス時 _____ 円 その他 _____ 円 | | | | | |
| | 仕送りの方法 | | 銀行振込 ・ 現金書留 認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等確認できる方法で仕送りを行ってください(手渡しは認められません)。 | | | | | |
| <p>上記の者については、組合員である私の収入で生計を維持していますので、組合員被扶養者として認定していただきますよう、申し立てます。申し立ての事実と異なった事情が生じたときは、速やかに届け出るとともに、認定が取り消された日にさかのぼり共済組合から給付された医療費について返還いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名</p> | | | | | | | | |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> | | | | | | | | |
| 所属所長 | 補職名 | 地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 | | | | | | |
| | 氏名 | 事務局総務課長 権代 慶一 | | | | | | |

《提出にあたっての注意事項》

- 被扶養者同居・別居届(様式3-3-2)も必ず併せて提出してください。
- 認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等で確認できる方法で仕送りを行ってください。
- 下記の添付書類一覧を確認のうえ、必要となる証明書等を添付してください。

《添付書類一覧》(全てコピーで結構です。)

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 特別認定 | 収入証明 | 年金受給者 | 直近の年金振込通知書(裁定通知書又は改定通知書) |
| | | 事業所得者など | 確定申告書及び計算書 |
| | | パート及びアルバイト | 源泉徴収票又は事業主の雇用条件証明書 |
| | | 退職者 | 雇用保険受給資格者証、離職票又は退職証明書 |
| | | 収入のない者 | 市県民税所得証明書またはマイナンバーによる地方税情報取得のための同意書 |
| | | 認定対象者が父母の場合 | 認定対象者の配偶者の収入証明(上に同じ) |
| 障害認定 | 3親等内の親族で障害年金受給資格者1～3級の者 | 障害年金の裁定通知書+上記の収入証明 | |
| 認定対象者に組合員と同等又は同等以上の扶養の義務を持った者がいる場合 | | その者が認定対象者を扶養していない旨の証明又は申立書 | |
| 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合 | | 国内居住要件の例外に該当することを証する書類(留学先の学生証・査証など) | |
| その他、認定にあたって必要となる証明書等の添付を求める場合があります。 | | | |

被扶養者同居・別居届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

| | | | | | | | | | | |
|----------------|------|---|----|---|--|--|--|--|-------|--|
| 組合員証の 記号・番号 | 記号 | 3 | 番号 | | | | | | 組合員氏名 | |
| 組合員住所 | 郵便番号 | | | - | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

同居届 (同居者全員の氏名を記入してください。)

| 同居者氏名 | 性別 | 続柄 | 配偶者の有無 | 生年月日 | 収入の有無 | 収入の額 | 収入の種類 |
|-------|-----|----|--------|-------------|-------|------|-----------|
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |

別居届 (配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者は、別居であれば認定できません。)

| 別居者氏名 | 性別 | 続柄 | 配偶者の有無 | 生年月日 | 収入の有無 | 収入の額 | 収入の種類 |
|-------|-----|----|--------|-------------|-------|------|-----------|
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| | 男・女 | | 有・無 | 昭・平・令 年 月 日 | 有・無 | 円 | 給与・年金・その他 |
| 別居先住所 | 〒 | | | - | | | |
| | | | | | | | |

備考欄

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 国内居住要件の例外に該当 【理由：留学・一時的渡航・その他（ ）】 |
|--|

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 様式コード | | | |
| 4 | 3 | 0 | 0 |

国民年金

第3号被保険者関係届



令和 年 月 日提出

| | |
|-----------------------|--|
| 事業主 記入欄 (提出者情報) | 届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 - |
| | 事業所所在地 |
| | 事業所名称 |
| | 事業主氏名 |
| 電話番号 () | |
| 事業主等 受付年月日 | 令和 年 月 日 |

| |
|------|
| 職員番号 |
| |

| |
|--------|
| 日本年金機構 |
| |

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|--------|-------------|------|-------------|
| A. 組合員欄 (第2号被保険者) | ① 氏名 (フリガナ) | ② 生年月日 | 5. 昭和 年 月 日 | ③ 性別 | 1. 男性 2. 女性 |
| | ④ 個人番号 または 基礎年金番号 | 7. 平成 | | | |
| ⑤ 住所 | 個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 - 都道府県 | | | | |

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

| | | | | | | |
|--------------------------|--|---|---|--|--------------|---|
| B. 被扶養者欄 (第3号被保険者) | ① 氏名 | この届書記載のとおり届出します。 令和 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名) | ② 生年月日 | 5. 昭和 年 月 日 | ③ 性別 (続柄) | 1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届) |
| | ④ 個人番号 または 基礎年金番号 | ⑤ 外国籍 | ⑥ 外国人 通称名 | (フリガナ) | | |
| | ⑦ 住所 | 1. 同居 2. 別居 ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。 | ⑧ 電話番号 | 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 () | | |
| | ⑨ 第3号被保険者 になった日 | 7. 平成 年 月 日 | ⑩ 理由 | 1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 () | | |
| ⑪ 配偶者の 加入制度 | 31. 厚生年金保険・健康保険 36. 地方公務員等共済組合 30. 厚生年金保険・船員保険 32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団 | | | | | ⑭ 備考 |
| ⑫ 第3号被保険者 でなくなった日 | 7. 平成 年 月 日 | ⑬ 理由 | 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他() | | | 氏名変更を届出の場合に記入 変更前氏名 フリガナ 氏名 変更年月日 令和 年 月 日 |

| | | |
|-------------|--|---|
| 共済組合 記入欄 | 組合(保険者)番号 | 32280315 |
| | 上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。 | |
| | 届出記載の第3号被保険者は、共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 認定年月日 令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません) | |
| | 所在地 | 〒 650 - 0034 神戸市中央区京町72番地 新クレセントビル9F |
| 名称 | 神戸市職員共済組合 | |
| 代表者 等氏名 | | |
| 電話 | (078) 322 - 5108 | |

| |
|---------|
| 共済組合受付欄 |
| |

この届書は、以下の場合に提出していただくものです。

- ・健康保険組合または共済組合・国民健康保険組合に加入する第2号被保険者の配偶者が国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・すでに健康保険・船員保険の被扶養者となっている配偶者が、20歳到達により国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・健康保険の任意継続中のため、配偶者の健康保険被扶養者とならず、国民年金第3号被保険者にのみ該当した場合
- ・国民年金第3号被保険者の収入が基準以上に増加したことによって扶養から外れた場合
- ・配偶者である第2号被保険者と離婚した場合

・この届出では、国民年金第3号被保険者にかかる資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)・資格喪失・死亡の届出、氏名・生年月日・性別の変更(訂正)の届出、被扶養配偶者非該当の届出をすることができます。
・次の場合は別様式での届出となりますのでご注意ください。
全国健康保険協会管掌の健康保険の届出を同時に行う場合→『健康保険被扶養者(異動)届・国民年金第3号被保険者関係届』

記入方法

<A. 配偶者欄(第2号被保険者)>

- ①氏名 : 氏名は住民票に登録されている氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ②生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は右図のように記入してください。
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ |
| 和 | 6 | 3 | 0 | 5 | 0 | 3 | 日 |
| 平 | | | | | | | |
| 成 | | | | | | | |
- ④個人番号 : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
[基礎年金番号] 個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁・左詰め)を記入してください。
- ⑤住所 : ④「個人番号[基礎年金番号]」欄に個人番号を記入した場合は、住所の記入は不要です。
基礎年金番号を記入した場合は、必ず住民票の住所を記入してください。

<B. 第3号被保険者欄> ①~④、⑦は必ず記入してください。また該当の場合は⑨~⑩を、非該当・変更の場合は⑫~⑬を記入してください。

- ①氏名 : 氏名は、住民票に登録されている氏名をご記入ください。
日付は、この届書を配偶者(第2号被保険者)を通じて事業主に提出する日付をご記入ください。
※20歳未満または60歳以上の方は、第3号被保険者に該当しませんので、ご注意ください。
- ③性別(続柄) : 該当する番号を○で囲んでください。内縁関係にある場合は、「3. 夫(未届)」 「4. 妻(未届)」のいずれかを○で囲んでください。
- ④個人番号 : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
[基礎年金番号] 個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁・左詰め)を記入してください。
なお、「死亡」により第3号被保険者でなくなった場合は、基礎年金番号を記入してください。
- ⑥外国人通称名 : 郵便物の宛名等について、通称名での登録を希望する場合は住民票に登録された通称名を記入してください。
フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ⑦住所 : 配偶者(第2号被保険者)と同居または別居のいずれかを○で囲んだうえで、住民票の住所を記入してください。
※住民票の住所と別の住所に通知書の送付を希望する場合、「国民年金第3号被保険者住所変更届」に別送先を記入して本届書と併せて提出してください。
- ⑨第3号被保険者になった日 : 第3号被保険者に該当した日を記入してください。20歳到達により第3号被保険者に該当した場合は、20歳になる誕生日の前日を記入してください。
- ⑩第3号被保険者でなくなった日 : 死亡の届出の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった日を記入してください。
- ⑬備考 : 第3号被保険者の氏名・生年月日・性別に変更(訂正)がある場合は、非該当(変更)を○で囲んでください。
変更(訂正)前の情報と変更年月日は右図のように記入してください。
なお、個人番号をお持ちの方は氏名および生年月日の変更の届出は不要です。

| | |
|--------|---|
| 備 考 | 変更前氏名 コクネン サンコ 国年 三子 変更年月日 令和3年4月1日 |
|--------|---|

<医療保険者記入欄>

- 認定年月日 : 扶養認定日が⑨「第3号被保険者になった日」と相違する場合のみ記入してください。

添付書類

・医療保険者の扶養認定がされていない場合は、以下の添付書類が必要です。

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| ア. 退職により収入要件を満たす場合 | 退職証明書または雇用保険被保険者離職票のコピー |
| イ. 失業給付受給中、または受給終了で収入要件を満たす場合 | 雇用保険受給資格者証のコピー |
| ウ. 年金受給中の場合 | 現在の年金受取額がわかる年金額の改定通知書等のコピー |
| エ. 自営(農業等含む)による収入、不動産収入がある場合 | 直近の確定申告書のコピー |
| オ. 上記イウエ以外に他の収入がある場合 | イウエに応じた書類および課税(非課税)証明書 |
| カ. 上記ア~オ場合 | 課税(非課税)証明書 |

・以下の続柄に該当する場合は添付してください。

| | |
|---------------|------------------------------------|
| 配偶者と内縁関係にある場合 | 内縁関係にある両人の戸籍謄(抄)本、被保険者世帯全員の住民票の写し等 |
|---------------|------------------------------------|

※提出日からさかのぼって90日以内に発行されたものであること。

※「所得税法の規定による控除対象配偶者・扶養親族」で事業主の証明がある方は、原則として添付書類の添付は不要です。(個別のケースによっては、提出をお願いする場合があります。)
※障害年金、遺族年金、傷病手当金、失業給付等非課税対象の収入がある場合は、受取金額の確認ができる通知書等のコピーが別途必要です。

個人番号(マイナンバー)により届出する際の本人確認

- ・第3号被保険者が事業主(船舶所有者)・共済組合に届書を出すときは、事業主(船舶所有者)・共済組合において、マイナンバーが本人のものであることの確認と届書の提出を行う者が正当な番号の持ち主であることの確認を行う必要があるため、マイナンバーカード(個人番号カード)を届書に添付してください ※1。なお、郵送で届書を出す場合は、マイナンバーカードの表・裏両面のコピーを添付してください。
- ・配偶者(第2号被保険者)が第3号被保険者の代理人として届書を事業主(船舶所有者)・共済組合に提出するときは、第3号被保険者のマイナンバーカードの裏面のコピーまたはマイナンバーカードが確認できる書類のコピー、および代理権の確認ができる委任状 ※2 を添付してください。
- ※1 : マイナンバーカードをお持ちでない方は、以下の①および②の書類を添付してください。
- ① マイナンバーカードが確認できる書類 : 個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
 - ② 身元(実存)確認書類 : 運転免許証、パスポート、在留カードなど
- ※2 : B. 第3号被保険者欄①氏名欄の「※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□」の□に✓を付すことにより、委任状の添付を省略することができます。
※事業主(船舶所有者)・共済組合において本人確認を行った後の確認書類は、届書に添付して日本年金機構に提出する必要はありません。