

本 PDF の内容

- ・2～3 ページ目

- 4.「給与所得者の扶養控除等(異動)申告書」の記載例・記載方法

- ・4～5 ページ目

- 5.「組合員資格取得届書」 6.「給付金振込口座届」の記載例

- ・6～7 ページ目

- 8. 麻免申請関係の記載例

- ・8～11 ページ目

- 12.「被扶養者申告書」 13.「申立書」 14.「同居・別居届」
15.「国民年金第 3 号被保険者の資格取得届」の記載例

- ・12～14 ページ目

- 16. マイナンバーカード(写し)の提出方法

- ・15～18 ページ目

- 23. 医師手当加算対象資格について

令和7年分 給与所得者の扶養控除等申告書

令和7年分 給与所得者の扶養控除等(異動)申告書									
1	所轄税務署長等 〇〇〇〇 株式会社 税務課長 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地〇〇	給与の支払者 あなたの氏名 〇〇〇〇 株式会社 あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地〇〇	あなたの氏名 山川 太郎 あなたの生年月日 56年1月1日 あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの生年月日 56年1月1日 あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7
2	源泉控除対象配偶者(注1) 山川 明子 212131341415161717 56・10・5	山川 一郎 31314145151617171818 15・2・4	山川 二郎 31314145151617171818 20・5・17	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8
3	源泉控除対象扶養親族(注2) 山川 一郎 31314145151617171818 15・2・4	山川 二郎 31314145151617171818 20・5・17	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8
4	16歳未満の扶養親族(注2.1.2.3) 山川 一郎 31314145151617171818 15・2・4	山川 二郎 31314145151617171818 20・5・17	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8

1 氏名、住所などの記入

令和7年分 給与所得者の扶養控除等(異動)申告書									
1	所轄税務署長等 〇〇〇〇 株式会社 税務課長 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地〇〇	給与の支払者 あなたの氏名 〇〇〇〇 株式会社 あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地〇〇	あなたの氏名 山川 太郎 あなたの生年月日 56年1月1日 あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの生年月日 56年1月1日 あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7	あなたの住所 〇〇市〇〇区〇〇町23-7

▶① 所轄税務署長等

給与の支払者の所在地等の所轄税務署長とあなたの住所地等の市区町村長を記載します。

▶② 給与の支払者の法人(個人)番号

この申告書を受理した給与の支払者が、給与の支払者の個人番号又は法人番号を付記するため、あなたが記載する必要はありません。

▶③ あなたの個人番号

あなたの個人番号を記載する必要がありますが、一定の要件の下、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。

▶④ 従たる給与についての扶養控除等申告書の提出

2か所以上から給与の支払を受けている人が、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」を提出している場合に○を付けます。

2 源泉控除対象配偶者、控除対象扶養親族の記入

令和7年分 給与所得者の扶養控除等(異動)申告書									
1	源泉控除対象配偶者(注1) 山川 明子 212131341415161717 56・10・5	山川 一郎 31314145151617171818 15・2・4	山川 二郎 31314145151617171818 20・5・17	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8	山川 隆雄 41415156161717181919 21・5・8

▶① A 源泉控除対象配偶者

あなた(令和7年中の合計所得金額の見積額が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年中の合計所得金額の見積額が95万円以下の人について記載します。なお、年末調整において、配偶者(特別)控除の適用を受けるには、この欄の記載の有無に関わらず「給与所得者の配偶者控除等申告書」の提出が必要です。

▶② B 控除対象扶養親族

次の扶養親族について記載します。
イ 居住者のうち、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 非居住者のうち、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38万円以上受ける人」※「扶養親族」とは、あなた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。)で令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下の人をいいます。なお、児童福祉法の規定により養育を委託されたいわゆる里子や老人福祉法の規定により養護を委託されたいわゆる養護老人で、あなたと生計を一にし、令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下の人も扶養親族に含まれます。

▶③ 個人番号

源泉控除対象配偶者及び控除対象扶養親族の個人番号を記載する必要がありますが、一定の要件の下、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。

▶④ 老人扶養親族（昭31.1.1以前生）

控除対象扶養親族が年齢70歳以上（昭和31年1月1日以前生）の場合には、次のとおりいずれかにチェックを付けます。

- ①その人があなた又はあなたの配偶者の直系尊属で、あなた又はあなたの配偶者のいずれかと同居を常況としていたるとき→「同居老親等」
②その人が①以外の人であるとき→「その他」

▶⑤ 特定扶養親族（平15.1.2生～平19.1.1生）

控除対象扶養親族が年齢19歳以上23歳未満（平成15年1月2日～平成19年1月1日生）の場合に、チェックを付けます。

▶⑥ 非居住者である親族

源泉控除対象配偶者が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄に○印を付けます。

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、30歳以上70歳未満の場合には、「留学」、「障害者」又は「38万円以上の支払」のうち該当するいずれかの項目にチェックを付けます。

源泉控除対象配偶者や控除対象扶養親族が非居住者である場合、親族関係書類の添付等が必要です。

上記の「留学」にチェックを付けた場合は、留学ビザ等書類の添付等が必要です。

●（参考）

①収入が給与等のみの場合の給与等の収入金額と所得金額の関係は、次の表のとおりです（特定支出控除の適用がある場合を除きます。）。

給与等の収入金額	所得金額
所得金額調整控除の適用を受ける場合	11,100,000円
所得金額調整控除の適用を受けない場合	10,950,000円
1,500,000円	950,000円
1,030,000円	480,000円

②収入が公的年金等に係る雑所得のみの場合の公的年金等の収入金額と所得金額の関係は、次の表のとおりです。

公的年金等の収入金額	所得金額
65歳未満	1,633,334円
	950,000円
	1,080,000円
	480,000円
65歳以上	2,050,000円
	950,000円
	1,580,000円
	480,000円

※ 記載欄が足りない場合は、適宜の様式に記載して、この申告書に添付してください。

3 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生への記入

1	2	3	4
障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生 上の該当する項目及び欄にチェックを付け、1欄には該当する扶養親族の人数を記入してください。	☒ 障害者 ☐ 寡婦 ☐ ひとり親 ☐ 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」をお読みください。）	異動月日及び事由
一般の障害者 特別障害者 同居特別障害者	☒ 1人 ☐ 2人 ☐ 3人以上	山川隆雄、身体障害者3級 身体障害者手帳 平成27年4月11日交付 （注）源泉控除対象配偶者とは、所得者（令和7年中の所得の見積額が90万円以下の人）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90万円以下の人をいいます。 2 同一生計配偶者は、所得者（令和7年中の所得の見積額が90万円以下の人）を除く。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90万円以下の人をいいます。	

▶① 同一生計配偶者

同一生計配偶者が一般の障害者、特別障害者又は同居特別障害者に該当する場合には、該当する欄にチェックを付けます。

※「同一生計配偶者」とは、あなた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年中の合計所得金額の見積額が48万円以下の人をいいます。

▶② 扶養親族

扶養親族が一般の障害者、特別障害者又は同居特別障害者に該当する場合には、該当する欄にチェックを付けます。

なお、障害者控除の対象となる扶養親族は、控除対象扶養親族とは異なり、年齢16歳未満（平成22年1月2日以後生）の扶養親族も対象となります。

▶③ 寡婦 など

あなたが寡婦、ひとり親、勤労学生に該当する場合にチェックを付けます。

▶④ 障害者又は勤労学生の内容

左記の障害者又は勤労学生に該当する（人がある）場合、その該当する事実やその人の氏名を記載します。

（例）障害者の場合…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（等級）などの障害者に該当する事実を記載します。

4 住民税に関する事項の記入

○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、給与の支払者を経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転記しています。）

1	2	3	4	5	6	7
16歳未満の扶養親族（平22.1.2以後生） 1 山川 三郎 5,516,617,781,910,0 子 23.7.5 2	個人番号 5,516,617,781,910,0	生年月日 23.7.5	住所又は居所 ○○市××町23-7	2 令和7年中の所得の見積額（円）	3 異動月日及び事由	4 令和7年中の所得の見積額（円）
退職手当等を有する配偶者・扶養親族 1 (フリガナ) 氏 個人番号 生年月日 住所又は居所 退職手当等の支払を受ける配偶者又は扶養親族の氏名 令和7年中の所得の見積額（円） 異動月日及び事由						

▶① 16歳未満の扶養親族（平22.1.2以後生）

年齢16歳未満（平成22年1月2日以後生）の扶養親族について記載します。

▶② 控除対象外国外扶養親族

国内に住所を有しない16歳未満の扶養親族に該当する場合には○を付けます。この場合、親族関係書類及び送金関係書類を令和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。

▶③ 退職手当等を有する配偶者・扶養親族

退職手当等（源泉徴収されるものに限ります。以下同じです。）の支払を受ける配偶者（あなたと生計を一にする配偶者で、令和7年中の退職所得を除いた合計所得金額の見積額が133万円以下であるものに限ります。）又は扶養親族について記載します。

▶④ 非居住者である親族

退職手当等の支払を受ける配偶者が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄の「配偶者」にチェックを付けます。

また、退職手当等の支払を受ける扶養親族が非居住者であり、その非居住者の年齢が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「30歳未満又は70歳以上」にチェックを付け、30歳以上70歳未満の場合には、「留学」（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「38万円以上の支払」（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38万円以上受ける人）のうち該当するいずれかの項目にチェックを付けます。

この場合、親族関係書類、留学ビザ等書類、送金関係書類及び38万円送金書類を令和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。

▶⑤ 令和7年中の所得の見積額（退職所得を除く）

令和7年中の退職所得の金額を除いた合計所得金額の見積額を記載します。

▶⑥ 障害者区分

退職手当等の支払を受ける配偶者のうち同一生計配偶者（あなたと生計を一にする配偶者で、令和7年中の退職所得を除いた合計所得金額の見積額が48万円以下である人）又は扶養親族について、その配偶者又は扶養親族が障害者である場合は「一般」にチェックを付け、特別障害者である場合は「特別」にチェックを付けます。

▶⑦ 寡婦又はひとり親

退職所得を除くと令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下となる扶養親族を有することにより、あなたが寡婦又はひとり親に該当する場合には、チェックを付けます。

※1 記載欄が足りない場合は、適宜の様式に記載して、この申告書に添付してください。

2 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。

3 「住民税に関する事項」欄については、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。

この申告書に記載すべき事項が、前年に勤務先へ提出した「令和6年分給与所得者の扶養控除等（異動）申告書」に記載した事項から異動がない場合は、その記載すべき事項の記載に代えて、異動がない旨を記載した申告書を提出することができます。この異動がない旨を記載した申告書を「簡易な申告書」といいます。

勤務先の指示に基づき、簡易な申告書を提出することができる場合は、「令和7年分 給与所得者の扶養控除等申告書（簡易な申告書）」記載例をご確認ください。

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	0 0 0 0	所属所名	〇〇局〇〇課																						
組合員の 記号・番号	記号	1	番号	1	2	3	4	5	6	資格取得年月日	令和	6	年	12	月	2	日								
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	基礎年金番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1		
フリガナ	キョウサイ ハナコ												昭和					性別	男	女					
氏 名	共 済 花 子												平成	9	年	3	月	3	日	性別	男	女			
住 所	郵便番号	6	5	0	ー	8	5	7	神戸市中央区加納町6丁目5ー																
	電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 ー 〇〇〇〇																								
	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				ー																				
備 考	(後期高齢者医療被保険者証を交付する組合員に限り) 資格取得年月日： 有効期限：												要件に該当する場合に資格確認書を交付します。 該当する要件及び「交付を希望します」 にシ点を記入してください。				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。 ☐ 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。												☐ 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												
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 6 年 12 月 2 日											
組合員氏名														共 済 花 子											
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 6 年 12 月 2 日											
補職名														〇〇局〇〇課長											
所属所長														氏名						〇 〇 〇 〇					

《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 3	所 属	〇〇局〇〇課	電話 内線 〇〇〇-〇〇〇〇
	番号 記入不要			

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 **3** 年 **4** 月 **1** 日

住所 **神戸市中央区加納町6丁目5-1**

組合員の

氏名 **共 済 花 子**

[自宅・**携帯**電話 (**090**) **0000-0000**]

振 込 口 座	金 融 機 関 名	種 別	口 座 番 号 (右づめ)							
	きょうさい 銀行・農協 神戸 支店 (本店・出張所)	普 通 普通以外のときは下記 に記入してください ()	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ キョウサイ ハナコ									
	名 義 共 済 花 子									

《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) <u>1 2 3 4 5</u> → 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 1</u> → 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 1</u> → 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

☒新規
☐継続

県収入証紙貼付
県収入証紙は、申請者において消印してはならない。

※免許番号
第 号
(※は申請者において、記入しないこと)

麻薬施用者免許申請書（記入例）

麻薬 業務所	ふりがな	ひょうごけんこうべしちゅうおうくみなとじまみなみまち		1 左記の業務所は開設届済である。 2 左記の免許番号及び年月日は本証と確認済である。 確認者 印
	所在地	〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町2丁目1番地1号		
	ふりがな	こうべしりつりょうせんたーちゅうおうしみんびょういん		
	名称	神戸市立医療センター中央市民病院		
従たる 施設	ふりがな			
	所在地	〒		
	ふりがな			
	名称	医師免許証番号と登録年月日を記入		
医師、歯科医師、獣医師の免許 (該当のものを○で囲むこと)		第 123456 号		該当しなければ「なし」と記入
		大正・昭和・平成 7 年 8 月 9		
申請者の 欠格条項	(1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。	なし		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	なし		
備 考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
令和 年 月 日		〒123-4567 住 所 兵庫県神戸市中央区〇〇町〇丁目〇-〇		住所は県名から記入
日付記入不要				
		(ふりがな) こうべ いちろう 氏 名 神戸 一郎		押印不要
兵庫県知事 様				

診 断 書	氏名と生年月日のみ記入			
	氏名	神戸 一郎	〔生年月日〕	大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日生
	1 精神機能の障害 ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）			
	2 麻薬又は覚醒剤の中毒 ☐ なし ☐ あり			
	上記のとおり診断する。 令和 年 月 日			
医師住所		神戸市中央区港島南町2丁目1-1		医師氏名

- (注) 1 申請時には、医師等の免許証、卸又は小売業者の免許申請の場合には、薬局等の開設許可証を持参すること。
2 欠格条項欄は、なければ「なし」、あれば理由・事実・年月日等を記載すること。
3 申請書は2部作成し、正本1通に収入証紙を貼付し、所轄の健康福祉事務所又は保健所設置市（神戸市については区役所（施用・管理・研究者）または保健所（小売業者））に提出すること。
ただし、保健所設置市内の麻薬卸売業者免許申請は、県薬務課に提出すること。

麻薬施用者免許証記載事項変更届（記入例）

麻薬施用者免許証 左上の番号を記入

麻薬施用者免許証の有効期間 開始日を記入

免許証の番号		第 123456 号		免許年月日	令和4年3月2日	
変更すべき事項 (該当を○で囲む)		①所在地 ②名称 ③従名称 ④従名称 ⑤従名称 ⑥従名称 ⑦従名称 ⑧従名称 ⑨従名称 ⑩従名称 ⑪従名称 ⑫従名称 ⑬従名称 ⑭従名称 ⑮従名称 ⑯従名称 ⑰従名称 ⑱従名称 ⑲従名称 ⑳従名称 ㉑従名称 ㉒従名称 ㉓従名称 ㉔従名称 ㉕従名称 ㉖従名称 ㉗従名称 ㉘従名称 ㉙従名称 ㉚従名称 ㉛従名称 ㉜従名称 ㉝従名称 ㉞従名称 ㉟従名称 ㊱従名称 ㊲従名称 ㊳従名称 ㊴従名称 ㊵従名称 ㊶従名称 ㊷従名称 ㊸従名称 ㊹従名称 ㊺従名称 ㊻従名称 ㊼従名称 ㊽従名称 ㊾従名称 ㊿従名称				
変更前	麻薬	所在地	〇〇県〇〇市・・・			
	業務所	名称	〇〇病院			
	住	所	兵庫県〇〇市・・・			
	氏	名				
	従たる施設	所在地				
変更後	麻薬	所在地	兵庫県神戸市中央区港島南町2丁目1番地1			左記確認済である 確認者 ㊟
	業務所	名称	神戸市立医療センター中央市民病院			
	住	所	兵庫県△△市・・・			
	氏	名	氏名変更の場合は戸籍抄本1部添付			
	従たる施設	所在地				
変更の事由 該当を○で囲む	① 転勤 ② 業務所移転 ③ 業務所名称変更 ④ 退職後業務所開設 ⑤ 業務所廃止後勤務 ⑥ 従業務所転勤 ⑦ 従業務所移転 ⑧ 従業務所名称変更 ⑨ 従業務所勤務 ⑩ 従業務所退職 ⑪ 戸籍上の改入職(採用)日を和暦で記入 (具体的に記載のこと) []					
変更の年月日		令和○年○月○日				
備考		氏名変更で旧姓使用を希望する場合のみ「旧姓使用希望」と記入				
上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので免許証を添えて届出ます。 年 月 日付記入不要 住所 兵庫県△△市・・・ 氏名 神戸 太郎 押印不要 担当者 神戸市立医療センター中央市民病院 総務課 電話 078-302-4321 兵庫県知事殿						

注1 変更事由の生じた日から15日以内に提出のこと。

2 変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてのみ記載すること。

被 扶 養 者 申 告 書 (増 ・ 減)

神戸市職員共済組合理事長 宛

標準報酬月額が不明な場合は空欄で結構です。

組合員証の記号・番号		記号	1	番号	記入不要		所 属 名		〇〇局〇〇課		※ 扶養手当	
組合員氏名		共 済 太 郎			組合員の生年月日		昭和・平成 57 年 1 月 1 日		標準報酬月額		〇〇等級 〇〇〇, 〇〇〇 円	
組合員種別 (該当に〇)		・一般職員 ・任期付職員 ・再任用職員 (7ヵ月) ・再任用職員 (短時間) ・会計年度任用職員 ・その他特別職 ・病院機構職員										
フリガナ		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	
被 扶 養 者 氏 名											扶 養 手 当	
キョウサイ サキミ		男・女	母	昭和 平成 29 年 2 月 16 日	—	1,492,000 円	〒650-8570 神戸市〇〇区加納町6丁目5-1		令和 4 年 10 月 1 日 (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他 (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		※ 普通認定者 (扶養手当の支給対象者) の 場合、給与担当課の認定と連動するため、 原則扶養手当の支給決定後に共済組合の 認定決定及び被扶養者証の送付を行いま す。 ※ 事実発生日が共済組合の受付日から 30 日以内の場合は事実発生日に遡って認定 しますが、30 日を超えている場合は共済 組合の受付日から認定となります。	
共 済 咲 美												
キョウサイ イチロウ		男・女	父	昭和 平成 34 年 5 月 1 日	—	〒 同 上		令和 4 年 10 月 1 日 (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他 (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		令和 年 月 日 令和 年 月 日 認定・取消 普通 特別 障害		
共 済 一 郎												
		男・女	昭和 平成 年 月 日	個人番号	個人番号を必ず記入してください。 所属に提出する際に、個人番号を確認できる書類を添付してください。		(増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他 (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 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 4 年 10 月 1 日												
申 告 者 (住所) 神戸市中央区〇〇町6丁目5-1 (氏名) 共 済 太 郎												
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 4 年 10 月 1 日 (担当者名)												
所属所長 (補職名) 〇〇局〇〇課 (氏名) 〇 〇 〇 〇 (連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇												
☐ 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												
☑ 国民年金 3 号被保険者関係届の添付あり ※ 6 0 歳未満の配偶者の場合のみ必要												

- 1 「年間所得推計額」欄には
2 扶養事実の発生(消滅)の
3 ※印欄は記入しないでく
4 申請するに至った事実発
5 普通認定者(扶養手当の
6 普通認定以外の認定の場
7 ります。認定対象者が2
8 被扶養者の認定を取消す
9 住民票が日本国内にない
10 生証・査証など)および同

給与担当課受付印	共済組合受付印
	

神戸市職員共済組合

《提出にあたっての注意事項》

- 1 同居・別居届（様式 3-3-2）も必ず併せて提出してください。
- 2 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。
- 3 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
		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。			

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	1	番号	記入不要				組合員氏名	共 済 太 郎				配偶者の有無	有・無
組合員住所	郵便番号													
	6 5 0 - 8 5 7 0													
神戸市中央区加納町6丁目5-1														

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
共 済 咲 美	男・女	母	有・無	昭・平・令 29年 2 月 1 6 日	有・無	1,492,000 円	給与・年金・その他
共 済 一 郎	男・女	父	有・無	昭・平・令 34年 5 月 1 0 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

☐ 国内居住要件の例外に該当 【理由：留学・一時的渡航・その他（ ）】

共済組合受付欄

職員各位

事 務 連 絡

中央市民病院総務課

マイナンバーが分かる書類のコピーの提出について
(依頼)

1. 提出について

本人と扶養親族のマイナンバーが分かる書類をA4サイズの下紙に
コピーし(裏面参照)、右上に職員番号と氏名を必ず記入してください。

※「マイナンバーカード」の場合、個人番号は裏面に記載されているので、両面コピーしてください。

2. 提出先

2階事務局総務課 担当まで

3. マイナンバーの利用目的

別紙のとおり

中央市民病院総務課

【チェック項目】

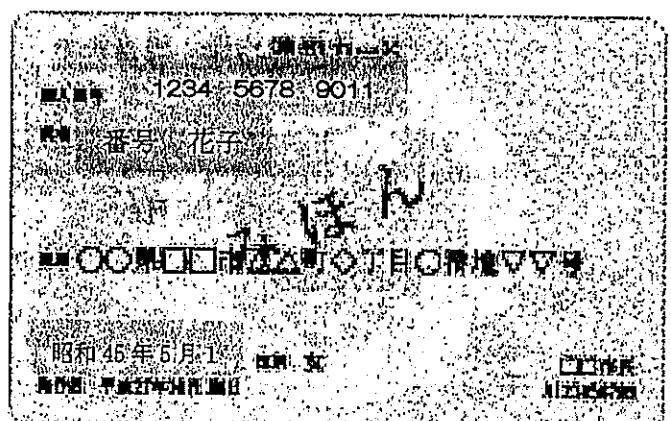
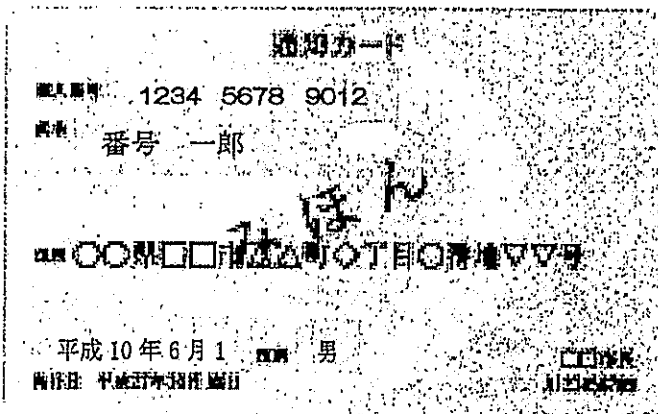
- ☐ 職員番号と氏名を記入していますか
- ☐ マイナンバーのコピーはご本人と扶養親族全員のものですか
- ☐ マイナンバー（個人番号）は鮮明に見えますか

（参考）提出見本

職員番号

氏 名

《ご本人と扶養親族分》



※「マイナンバーカード」の場合、個人番号は裏面に記載されているので、両面コピーしてください。

職 員 各 位

法人本部経営企画室
総務グループマネジャー

マイナンバーの利用目的について

提出いただいたマイナンバーは、下記の利用目的に利用します。

(1) 職員の個人番号の利用目的

- ①給与所得・退職所得の源泉徴収票作成事務
- ②財産形成住宅貯蓄・財産形成年金貯蓄に関する申告書、届出書及び申込書提出事務
- ③健康保険・厚生年金保険に関する届出、申請、請求事務
- ④共済組合に係る厚生年金、年金払い退職給付、短期給付、福祉事業、介護保険に関する届出、申請、請求事務
- ⑤雇用保険・労災保険に関する届出、申請、請求事務
- ⑥雇用保険・労災保険に関する証明書作成事務
- ⑦国民年金の第3号被保険者の届出に関する事務
- ⑧労働者災害補償保険法に基づく請求に関する事務
- ⑨地方公務員災害補償法に基づく請求に関する事務

(2) 職員の配偶者、扶養親族等の個人番号

- ①給与所得・退職所得の源泉徴収票作成事務
- ②健康保険・厚生年金保険届出事務
- ③共済組合に係る厚生年金、年金払い退職給付、短期給付、福祉事業、介護保険に関する届出、申請、請求事務
- ④国民年金の第3号被保険者の届出に関する事務

【問い合わせ先】

法人本部運営チーム TEL：940-0156

医師手当加算対象資格について

対象資格を有し、職務にその資格が直接役立つと認められる場合、
1 資格につき 5,000 円/月を加算して、給与支給します（※上限 10,000 円）。

対象資格を取得された方は、事務局総務課へ「認定証」の写しをご提出ください。

申告が遅れた場合、さかのぼって加算手当の支給をすることはできません。

【加算対象資格】

- ①医師及び歯科医師の専門性に関する資格並びにこれに準ずると理事長が認めるもの
→次々ページの「加算対象資格①（一覧）」参照
- ②臨床研修指導医
- ③産業医
- ④身体障害者手帳の交付申請において身体に障害のある者の診断をする医師
- ⑤精神保健指定医



本 部 第 46 号
2021 年 5 月 31 日

各事務局総務課長 様

法人本部経営企画室総務課長

医師・歯科医師にかかる初任給調整手当の医師手当への改正について（通知）

医師・歯科医師にかかる初任給調整手当を国立病院機構に準じた「医師手当」へと改正します。

改正の概要は以下の通りとなりますので、関係職員への周知及び必要な手続きについてよろしくお願いします。

記

1. 初任給調整手当の廃止及び医師手当への改正について

○初任給調整手当について、国立病院機構における医師手当に準じた改正する。

○医師及び歯科医師に、「定額部分」と「加算部分」としてそれぞれ月額で支給。

(1) 定額部分

・医師免許又は歯科医師免許取得後の年数に応じ支給。

(2) 加算部分

・下記に掲げる資格を有し、職務にその資格が直接役立つと認められる場合に支給。

・加算額は、1 資格に対し 5,000 円とする。ただし上限を 10,000 円とする。

※経過措置として、2021 年 3 月 31 日時点で在職する職員については、改正後の(1)「定額部分」と(2)「加算部分」を合わせた支給額と 2021 年 3 月時点の規定による初任給調整手当額との高い方の額を「医師手当」として支給する。

(1) 定額部分（月額）

免許取得後年数	支給額(月額)	免許取得後年数	支給額(月額)	免許取得後年数	支給額(月額)
1～21年目	150,400	28年目	134,000	35年目	100,000
22年目	148,800	29年目	130,000	36年目	94,600
23年目	147,200	30年目	125,600	37年目	88,800
24年目	145,600	31年目	121,600	38年目	83,500
25年目	144,000	32年目	116,000	39年目	74,700
26年目	142,400	33年目	110,800	40年目	66,500
27年目	138,400	34年目	105,600	41年目～	0



(2) 加算部分の対象資格

【加算対象資格】

- ① 医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項（平成 19 年厚生労働省告示第 108 号）第 1 条第 2 号に基づき広告することができる医師及び歯科医師の専門性に関する資格並びにこれに準ずると理事長が認めるもの【以下の一覧のとおり】
- ② 医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修を受けている医師に対する指導を行う医師である臨床研修指導医
- ③ 労働安全衛生法第 13 条に規定する産業医
- ④ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する身体障害者手帳の交付申請におい身体に障害のある者の診断をする医師
- ⑤ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条に規定する精神保健指定医

《加算対象資格①（一覧）》

【医師の専門性資格】

（団体名）	（資格名）	（団体名）	（資格名）
○（社） 日本整形外科学会	整形外科専門医	○（社） 日本老年医学会	老年病専門医
○（社） 日本皮膚科学会	皮膚科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本胸部外科学会	心臓血管外科専門医
○（社） 日本麻酔科学会	麻酔科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本血管外科学会	心臓血管外科専門医
○（社） 日本医学放射線学会	放射線科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会	心臓血管外科専門医
○（財） 日本眼科学会	眼科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本胸部外科学会	呼吸器外科専門医
○（社） 日本産科婦人科学会	産婦人科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本呼吸器外科学会	呼吸器外科専門医
○（社） 日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	○（社） 日本消化器内視鏡学会	消化器内視鏡専門医
○（社） 日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本小児外科学会	小児外科専門医
○（社） 日本形成外科学会	形成外科専門医	○ 有限責任中間法人 日本神経学会	神経内科専門医
○（社） 日本病理学会	病理専門医	○ 一般社団法人 日本リウマチ学会	リウマチ専門医
○（社） 日本内科学会	総合内科専門医	○ 有限責任中間法人 日本乳癌学会	乳腺専門医
○（社） 日本外科学会	外科専門医	○ 有限責任中間法人 日本人類遺伝学会	臨床遺伝専門医
○（社） 日本糖尿病学会	糖尿病専門医	○（社） 日本東洋医学会	漢方専門医
○（社） 日本肝臓学会	肝臓専門医	○ 特定非営利活動法人 日本レーザー医学会	レーザー専門医
○（社） 日本感染症学会	感染症専門医	○ 特定非営利活動法人 日本呼吸器内視鏡学会	気管支鏡専門医
○ 有限責任中間法人 日本救急医学会	救急科専門医	○（社） 日本アレルギー学会	アレルギー専門医
○（社） 日本血液学会	血液専門医	○ 有限責任中間法人 日本核医学会	核医学専門医
○（社） 日本循環器学会	循環器専門医	○ 特定非営利活動法人 日本気管食道科学会	気管食道科専門医
○（社） 日本呼吸器学会	呼吸器専門医	○ 有限責任中間法人 日本大腸肛門病学会	大腸肛門病専門医
○（財） 日本消化器病学会	消化器病専門医	○ 特定非営利活動法人 日本婦人科腫瘍学会	婦人科腫瘍専門医
○（社） 日本腎臓学会	腎臓専門医	○ 有限責任中間法人 日本ペインクリニック学会	ペインクリニック専門医
○（社） 日本小児科学会	小児科専門医	○ 有限責任中間法人 日本熱傷学会	熱傷専門医
○（社） 日本内分泌学会	内分泌代謝科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会	脳血管内治療専門医
○ 有限責任中間法人 日本消化器外科学会	消化器外科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本臨床腫瘍学会	がん薬物療法専門医
○（社） 日本超音波医学会	超音波専門医	○ 一般社団法人 日本周産期・新生児医学会	周産期（新生児）専門医
○ 特定非営利活動法人 日本臨床細胞学会	細胞診専門医	○（社） 日本生殖医学会	生殖医療専門医
○（社） 日本透析医学会	透析専門医	○ 一般社団法人 日本小児神経学会	小児神経専門医
○（社） 日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医	○ 特定非営利活動法人 日本心療内科学会	心療内科専門医
○（社） 日本リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医	○ 一般社団法人 日本総合病院精神医学会	一般病院連携精神医学専門医



【歯科医師の専門性資格】

(団体名)		(資格名)
○ (社)	日本口腔外科学会	口腔外科専門医
○ 特定非営利活動法人	日本歯周病学会	歯周病専門医
○ 一般社団法人	日本歯科麻酔学会	歯科麻酔専門医
○ 一般社団法人	日本小児歯科学会	小児歯科専門医
○ 特定非営利活動法人	日本歯科放射線学会	歯科放射線専門医

2. 制度改正日

○2021年4月1日より適用

3. 加算部分の資格申請について

○加算部分の対象となる資格をお持ちの先生方は、病院事務局総務課に「資格証」等の写しを提出してください。

○提出期限：2021年7月20日（木）

※2021年3月末までに取得された資格について、資格証等の再発行等により提出が遅れる場合は、2022年3月末までに提出いただきましたものについては、2021年4月に遡及して認定・支給します。

※2021年4月以降に取得された場合は、届出日の翌月から支給対象となります。

4. 認定・支給日

○上記3.により提出いただきました加算部分の認定を行い、2021年8月給与より新たな医師手当額として支給します。

○上記による医師手当額は、2021年4月に遡及して適用し、2021年8月給与により差額精算を行います。

※経過措置として、2021年3月31日時点で在職する職員については、改正後の「定額部分」と「加算部分」を合わせた支給額と2021年3月時点の規定による初任給調整手当額との高い方の額を「医師手当」として支給します。

法人本部経営企画室総務課職員係
担 当：鴨川・杉上・大久保
TEL：078-940-0155